



**Maria Gracinda
Carreira Anastácio
Junqueira**

**Liderança do Enfermeiro Chefe e Motivação dos
Enfermeiros Subordinados**



**Maria Gracinda
Carreira Anastácio
Junqueira**

**Liderança do Enfermeiro Chefe e Motivação dos
Enfermeiros Subordinados**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão Pública, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor James Stover Taylor – Professor Catedrático Visitante da Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro e *Emeritus* Vice-Reitor da Pittsburg State University – EUA e co-orientação do Mestre Pedro Miguel Santos Dinis Parreira – Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto.

Dedico este trabalho a todos aqueles que me ajudaram a fortalecer este sonho.

o júri

Presidente

Professor Doutor Rui Armando Gomes Santiago

Professor Associado com Agregação da Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Paula Cristina Almeida Remoaldo

Professora Associada do Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho

Professor Doutor James Stover Taylor

Professor Catedrático Visitante da Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro (Orientador)

agradecimentos

Ao Professor Doutor James Stover Taylor

Por ter aceite a orientação deste trabalho, pelo seu empenho e dedicação ao longo de todo o processo.

Ao Mestre Pedro Miguel Santos Dinis Parreira

Por todos os conselhos.

À Doutora Maria de Lourdes Machado

Por todo o carinho, sugestões e partilha de saberes.

À minha Família

Que me apoiou e motivou.

À Joana Padilha e à Patrícia Silva

Pela brilhante colaboração na colheita dos dados.

Aos meus Amigos

Pela Amizade e incentivo.

A Todos os Respondentes

Que colaboraram neste estudo e sem os quais a sua realização não seria possível.

palavras-chave

Liderança e Motivação em Enfermagem

resumo

Nos últimos anos as organizações hospitalares têm vindo a evoluir quer em aspectos humanos, quer tecnológicos. Simultaneamente, o cenário de exigências que afecta a sociedade contemporânea, em geral, também alcançou as organizações hospitalares em particular, com implicações na administração dos serviços de enfermagem. Assim, os enfermeiros-chefes da área hospitalar começam a ser responsabilizados pela qualidade das suas funções enquanto líderes de equipas de enfermagem, nomeadamente no que respeita à qualidade de prestação dos cuidados. Ultrapassar as adversidades que sistematicamente lhes são colocadas é um desafio constante, cuja resposta passará pelo aperfeiçoamento das suas capacidades e condutas de liderança.

Reconhecida que é a importância da motivação no sucesso da liderança do enfermeiro chefe e na qualidade dos cuidados prestados, o conhecimento dos factores susceptíveis de aumentar o grau de motivação dos enfermeiros subordinados, poderá permitir ao enfermeiro chefe desenvolver estratégias de motivação adequadas.

Neste estudo, a abordagem ao tema da liderança inicia-se com uma pequena resenha histórica do conceito, fazendo-se posteriormente, a distinção face ao conceito de gestão, poder, influência e autoridade. Seguidamente, faz-se o enfoque da liderança e da motivação sob várias perspectivas teóricas e estabelece-se a relação entre liderança e motivação por meio da apresentação de resultados de estudos nacionais e internacionais neste âmbito.

Os dados foram colhidos através de questionários e entrevistas semi-estruturadas e submetidos à análise de conteúdo e à estatística descritiva.

Os resultados mostram que a eficácia da liderança do enfermeiro chefe aumenta com o estabelecimento de metas; com a definição de níveis de desempenho; com o respeito pelas ideias e sentimentos dos subordinados; com a tomada de decisões conjuntas e com o enfoque no espírito visionário. Evidenciou-se ainda que os enfermeiros subordinados se sentem mais motivados para o trabalho quando os seus chefes possuem traços de personalidade favorecedores da liderança da equipa; quando valorizam as relações interpessoais; quando facultam orientações e quando se preocupam com o bem-estar dos subordinados.

keywords

Nursing Leadership and Motivation

abstract

In recent years, hospital organizations have evolved both from the human and technological aspects. At the same time, the demands affecting contemporary society in general have also reached hospital organizations in particular bringing various implications in the administration of nursing services. Thus, the head nurses in the hospital sphere have become liable for the quality of their performance while superintending teams of nurses, especially regarding the quality of nursing care. Overcoming the difficulties which systematically assail them is a constant challenge and their response hones their leadership capabilities.

Being aware head nurse's leadership characteristics and abilities are considered a key element to subordinates motivation and consequently care given quality; this study aimed at learning favourable and unfavourable motivation points related to an effective leadership performance.

The matter of leadership is broached via a small historical detailed description of the concept, followed by the distinction according to the concept of management, power, influence and authority. Then, attention is focused on leadership and motivation from various theoretical perspectives and finally is established the relationship between leadership and motivation presenting national and international studies results within this scope.

This is a non-experimental, descriptive study, developed according to a mixed approach (quantitative and qualitative), whose aim is to appraise head nurse's leadership characteristics, which at hospital level, encourage a high degree of subordinates' motivation.

Data were collected through a survey and a semi-structured interview, and analysed through content analysis and descriptive statistics.

Results showed that leadership efficiency of the head nurse increases with the establishment of goals; the definition of performance levels; the respect for the feelings and ideas of subordinates; joint decision-making; and open-mindedness. Also concluded was that subordinate nurses feel more motivated when their superiors have personality traits showing team leadership; value interpersonal relationships; provide the nurse team with specific orientations; and show consideration regarding their subordinates' well-being.

ÍNDICE GERAL	PÁG.
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO-----	1
1.1 – OBJECTIVO DO ESTUDO	6
1.2 – MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO	6
1.3 – METODOLOGIA UTILIZADA	7
1.4 – ESTRUTURA DO DOCUMENTO	7
 CAPÍTULO II – REVISÃO DA LITERATURA-----	 9
2.1 – CONTEXTO TEÓRICO DA CARREIRA DE ENFERMAGEM-----	9
2.1.1 – DEFINIÇÃO DE CONCEITOS: ENFERMAGEM E ENFERMEIRO	9
2.1.2 - O ENFERMEIRO-CHEFE NA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR	10
2.1.3 – ENFERMEIRO-CHEFE: IMPORTÂNCIA, COMPETÊNCIA E ACESSO	12
2.1.4 – TRABALHO EM EQUIPA: O PAPEL DO ENFERMEIRO-CHEFE	15
2.2 – SUBSÍDIOS HISTÓRICOS PARA UM CONCEITO DE LIDERANÇA-----	17
2.2.1 – CONCEITO DE LIDERANÇA	19
2.2.2 – DISTINÇÃO CONCEPTUAL: LIDERANÇA/GESTÃO	24
2.2.3 – DISTINÇÃO CONCEPTUAL: LIDERANÇA/PODER	28
2.2.4 – NOÇÃO DE INFLUÊNCIA E AUTORIDADE	33
2.3 – TEORIAS E MODELOS DE LIDERANÇA-----	35
2.3.1 – TEORIA DOS TRAÇOS DE PERSONALIDADE	35
2.3.2 – TEORIAS BEHAVIORISTAS OU COMPORTAMENTAIS	36
2.3.2.1 – ESTUDOS DA OHIO STATE UNIVERSITY	37
2.3.2.2 – ESTUDOS DA MICHIGAN UNIVERSITY	39
2.3.3 – TEORIAS SITUACIONAIS OU DE CONTINGÊNCIA	40
2.3.3.1 – MODELO CONTINGENCIAL DE FIEDLER	41
2.3.3.2 – TEORIA SITUACIONAL DE HERSEY E BLANCHARD	42
2.3.3.3 – TEORIA DA TROCA LÍDER-MEMBRO	44
2.3.3.4 – TEORIA CAMINHO-OBJECTIVO	45
2.3.3.5 – TEORIA DO LÍDER-PARTICIPAÇÃO	48
2.3.4 – TEORIAS DA INFLUÊNCIA-PODER	50
2.3.5 – LIDERANÇA TRANSACCIONAL VERSUS LIDERANÇA TRANSFORMACIONAL	50
2.3.6 – NOVA ABORDAGEM À LIDERANÇA: LIDERANÇA VISIONÁRIA	54
2.3.7 – LIDERANÇA EFICAZ	57
2.4– LIDERANÇA E MOTIVAÇÃO: QUE RELAÇÃO? -----	59
2.4.1 – DEFINIÇÃO DO CONCEITO DE MOTIVAÇÃO	64
2.4.2 – MOTIVAÇÃO PARA O TRABALHO VERSUS SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	66

2.4.3 – MOTIVAÇÃO/QUALIDADE E AMBIENTE DE TRABALHO	70
2.4.4 - TEORIAS DA MOTIVAÇÃO	73
2.4.4.1 – TEORIA DA HIERARQUIA DAS NECESSIDADES DE MASLOW	74
2.4.4.2 – TEORIA DOS DOIS FACTORES DE HERZBERG	75
2.4.4.3 – TEORIA DA NECESSIDADE DE REALIZAÇÃO DE McCLELLAND	76
2.4.4.4 – TEORIA X E Y DE MCGREGOR	78
2.4.4.5 – TEORIA DA EXPECTATIVA DE VROOM	79
2.4.4.6 – TEORIA DA EQUIDADE DE ADAMS	80
2.4.4.7 – TEORIA DO ESTABELECIMENTO DE OBJECTIVOS DE LOCKE	81
 CAPÍTULO III – METODOLOGIA-----	 83
3.1 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	84
3.2 – OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	84
3.3 – OPÇÕES METODOLÓGICAS	85
3.4 – DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO	86
3.5 – SELECÇÃO DE SUJEITOS	87
3.6 – TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS	89
3.7 – UNIDADES DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	92
3.8 – VARIÁVEIS DOS QUESTIONÁRIOS	94
3.9 – TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO	95
3.10 – ESTUDO PILOTO PRÉVIO	96
 CAPÍTULO IV – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS-----	 98
4.1 - ANÁLISE DESCRITIVA DOS SUJEITOS	98
4.1.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS SUBORDINADOS	98
4.1.2 - CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS – CHEFES	102
4.2 – ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS	105
4.2.1. – ESTILOS E COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA DOS ENFERMEIROS-CHEFES	105
4.2.2 – MOTIVAÇÃO DOS ENFERMEIROS SUBORDINADOS	138
 CAPÍTULO V – CONCLUSÕES DO ESTUDO-----	 166
 BIBLIOGRAFIA-----	 174
 APÊNDICES	

Índice de Figuras

	Página
Figura nº1 - Representação do modelo de liderança da Ohio State University	38
Figura nº2 - Representação do Modelo de Liderança de Hersey e Blanchard	43
Figura nº3 - Representação da Teoria Caminho-Objectivo	47
Figura nº4 - Liderança visionária	56
Figura nº5 - Hierarquia das necessidades de Maslow	74

Índice de Tabelas

	Página
Tabela nº1 - Funções legais do enfermeiro chefe	13
Tabela nº2 - Focos das teorias de liderança	18
Tabela nº3 - Conceitos de liderança	20
Tabela nº4 - Conceitos e significados de liderança	22
Tabela nº5 - Diferença entre gestores e líderes	26
Tabela nº6 - Definições de poder	30
Tabela nº7 - Definições contemporâneas de poder	31
Tabela nº8 - Representação dos Processos de Decisão de Vroom, Yetton/Jago	49
Tabela nº9 - Líderes transaccionais versus líderes transformacionais	53
Tabela nº10 - Líderes eficazes	58
Tabela nº11 - Conceito de motivação	65
Tabela nº12 - Condição contratual dos enfermeiros subordinados	102
Tabela nº13 - Distribuição dos enfermeiros chefes por sexo	103
Tabela nº14 - Respostas dos enfermeiros chefes relativamente ao estabelecimento de metas com os enfermeiros subordinados	105
Tabela nº15 - Respostas dos enfermeiros subordinados relativamente ao estabelecimento de metas com os enfermeiros chefes	105

Índice de Gráficos

	Página
Gráfico nº1 - Questionários entregues por serviço	99
Gráfico nº2 - Distribuição dos enfermeiros subordinados por idade	100
Gráfico nº3 - Distribuição dos enfermeiros subordinados por habilitações académicas e profissionais	101
Gráfico nº4 - Distribuição dos enfermeiros subordinados por categoria profissional	101
Gráfico nº5 - Distribuição dos enfermeiros chefes por idade	103
Gráfico nº6 - Distribuição dos enfermeiros chefes por categoria profissional	104
Gráfico nº7 - Aceitação das práticas correntes do serviço: respostas dos enfermeiros chefes	106
Gráfico nº8 - Aceitação das práticas correntes do serviço: respostas dos enfermeiros subordinados	107
Gráfico nº9 - Partilha de ideias e sentimentos pessoais com os subordinados: respostas dos enfermeiros chefes	107
Gráfico nº10 - Partilha de ideias e sentimentos pessoais com os subordinados: respostas dos enfermeiros	108
Gráfico nº11 - Respeito pelas ideias e sentimentos pessoais dos subordinados: respostas dos enfermeiros chefes	109
Gráfico nº12 - Respeito pelas ideias e sentimentos pessoais dos subordinados: respostas dos enfermeiros subordinados	109
Gráfico nº13 - Imparcialidade no tratamento dos enfermeiros subordinados: respostas dos enfermeiros chefes	110
Gráfico nº14 - Imparcialidade no tratamento dos enfermeiros subordinados: respostas dos enfermeiros subordinados	111
Gráfico nº15 - Grupo preferido de subordinados: respostas dos enfermeiros chefes	112
Gráfico nº16 - Grupo preferido de subordinados: respostas dos enfermeiros subordinados	113
Gráfico nº17 - Respeito pela posição que o enfermeiro chefe ocupa no serviço: respostas dos enfermeiros chefes	114
Gráfico nº18 - Respeito pela posição que o enfermeiro chefe ocupa no serviço: respostas dos enfermeiros subordinados	114
Gráfico nº19 - O enfermeiro chefe como modelo a seguir: respostas dos enfermeiros chefes	115
Gráfico nº20 - O enfermeiro chefe como modelo a seguir: respostas dos enfermeiros subordinados	116
Gráfico nº21 - Grau de poder de competência dos enfermeiros chefes: respostas dos enfermeiros chefes	117
Gráfico nº22 - Grau de poder de competência dos enfermeiros chefes: respostas dos enfermeiros subordinados	118
Gráfico nº23 - Empenhamento nas tarefas distribuídas pelo enfermeiro chefe: respostas dos enfermeiros chefes	118
Gráfico nº24 - Empenhamento nas tarefas distribuídas pelo enfermeiro chefe: respostas dos enfermeiros subordinados	119
Gráfico nº25 - Grau de poder de recompensa dos enfermeiros chefes: respostas dos enfermeiros chefes	120
Gráfico nº26 - Grau de poder de recompensa dos enfermeiros chefes: respostas dos enfermeiros subordinados	120
Gráfico nº27 - Grau de poder coercivo dos enfermeiros chefes: respostas dos enfermeiros chefes	121
Gráfico nº28 - Grau de poder coercivo dos enfermeiros chefes: respostas dos enfermeiros subordinados	121
Gráfico nº29 - Orientações específicas dos enfermeiros chefes à equipa: respostas dos enfermeiros chefes	122
Gráfico nº30 - Orientações específicas dos enfermeiros chefes à equipa: respostas dos enfermeiros subordinados	123

Gráfico nº31 - Ajuda aos seus subordinados para crescerem e desenvolverem-se: respostas dos enfermeiros chefes	124
Gráfico nº32 - Ajuda aos seus subordinados para crescerem e desenvolverem-se: respostas dos enfermeiros subordinados	124
Gráfico nº33 - Relação satisfação profissional/ajuda do enfermeiro chefe no crescimento e desenvolvimento pessoal	125
Gráfico nº34 - Valorização das regras e dos procedimentos dos cuidados de Enfermagem: respostas dos enfermeiros chefes	126
Gráfico nº35 - Valorização das regras e dos procedimentos dos cuidados de Enfermagem: respostas dos enfermeiros subordinados	126
Gráfico nº36 - Resolução construtiva dos conflitos da equipa: respostas dos enfermeiros chefes	127
Gráfico nº37 - Resolução construtiva dos conflitos da equipa: respostas dos enfermeiros subordinados	128
Gráfico nº38 - Colaboração no trabalho em equipa: respostas dos enfermeiros chefes	129
Gráfico nº39 - Colaboração no trabalho em equipa: respostas dos enfermeiros subordinados	129
Gráfico nº40 - Importância da definição de níveis de desempenho para a equipa: respostas dos enfermeiros chefes	130
Gráfico nº41 - Importância da definição de níveis de desempenho para a equipa: respostas dos enfermeiros subordinados	131
Gráfico nº42 - Importância da qualidade de prestação dos cuidados de enfermagem: respostas dos enfermeiros chefes	132
Gráfico nº43 - Importância da qualidade de prestação dos cuidados de enfermagem: respostas dos enfermeiros subordinados	132
Gráfico nº44 - Importância das relações interpessoais: respostas dos enfermeiros chefes	133
Gráfico nº45 - Importância das relações interpessoais: respostas dos enfermeiros subordinados	133
Gráfico nº46 - Envolvimento dos subordinados nas decisões que os afectam: respostas dos enfermeiros chefes	134
Gráfico nº47 - Envolvimento dos subordinados nas decisões que os afectam: respostas dos enfermeiros subordinados	135
Gráfico nº48 - Frequência com que o enfermeiro chefe solicita informações aos seus subordinados mas decide sozinho: respostas dos enfermeiros chefes	136
Gráfico nº49 - Frequência com que o enfermeiro chefe solicita informações aos seus subordinados mas decide sozinho: respostas dos enfermeiros subordinados	136
Gráfico nº50 - Posse de determinados traços de personalidade favorecedores da liderança: respostas dos enfermeiros chefes	137
Gráfico nº51 - Posse de determinados traços de personalidade favorecedores da liderança: respostas dos enfermeiros subordinados	138
Gráfico nº52 - Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face ao ordenado	139
Gráfico nº53 - Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face às condições físicas de trabalho	139
Gráfico nº54 - Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face à possibilidade de progressão na carreira	140
Gráfico nº55 - Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face à satisfação profissional	141
Gráfico nº56 - Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face à equipa de trabalho	141
Gráfico nº57 - Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face à relação com os colegas	142
Gráfico nº58 - Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face à comunicação de informações importantes	142
Gráfico nº59 - Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face à satisfação dos utentes com os cuidados prestados	143

Gráfico nº60 -	Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face à possibilidade de traçar objectivos próprios	143
Gráfico nº61 -	Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face à variedade das tarefas	144
Gráfico nº62 -	Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face ao interesse das tarefas	144
Gráfico nº63 -	Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face à utilização de experiências anteriores	145
Gráfico nº64 -	Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face à possibilidade de planear o trabalho	145
Gráfico nº65 -	Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face à responsabilização pessoal pelos resultados	146
Gráfico nº66 -	Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face à competência técnico-científica da equipa de trabalho	146
Gráfico nº67 -	Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face à existência de protocolos de actuação	147
Gráfico nº68 -	Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face à possibilidade de investir em formação	147
Gráfico nº69 -	Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face à abertura do chefe a novas propostas de actividades	148
Gráfico nº70 -	Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face ao horário de trabalho	149
Gráfico nº71 -	Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face à imparcialidade no tratamento pelo chefe	149
Gráfico nº72 -	Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face à possibilidade de participarem na gestão do serviço	150
Gráfico nº73 -	Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face ao equipamento tecnológico	151
Gráfico nº74 -	Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face às qualidades da chefia	151
Gráfico nº75 -	Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face ao reconhecimento pelo seu desempenho	152
Gráfico nº76 -	Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face à relação com a chefia	152
Gráfico nº77 -	Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face à atribuição de objectivos precisos	153
Gráfico nº78 -	Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face ao feedback do desempenho	153
Gráfico nº79 -	Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face ao poder ou autoridade que efectivamente detêm no exercício das suas funções	154
Gráfico nº80 -	Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face à consideração em que são tidos pelos seus superiores hierárquicos	154
Gráfico nº81 -	Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face à orientação técnica pelos seus chefes	155
Gráfico nº82 -	Satisfação profissional/estabelecimento de metas com os subordinados	155
Gráfico nº83 -	Satisfação profissional/ajuda os subordinados a crescer e a desenvolver	156
Gráfico nº84 -	Satisfação profissional/compartilha ideias e sentimentos com os subordinados	156
Gráfico nº85 -	Satisfação profissional/demonstra importância na definição de níveis de desempenho	157
Gráfico nº86 -	Satisfação profissional/respeita ideias e sentimentos dos subordinados	157
Gráfico nº87 -	Satisfação profissional/enfermeiro chefe valoriza as relações pessoais	158
Gráfico nº88 -	Satisfação profissional/valoriza a qualidade de prestação dos cuidados	158
Gráfico nº89 -	Satisfação profissional/solicita, recebe e utiliza as sugestões dos subordinados para tomar as decisões	159
Gráfico nº90 -	Satisfação profissional/enfermeiro chefe tem uma visão catalizadora desmotivação dos subordinados	159

Gráfico nº91 -	Qualidades da chefia/traços de personalidade favorecedores da liderança da equipa	160
Gráfico nº92 -	Qualidades da chefia/valorização das relações interpessoais	160
Gráfico nº93 -	Qualidades da chefia/orientações específicas aos subordinados	161
Gráfico nº94 -	Qualidades da chefia/preocupação com o bem-estar dos subordinados	161
Gráfico nº95 -	Qualidades da chefia/decisões tomadas conjuntamente em reuniões	162
Gráfico nº96 -	Qualidades da chefia/imparcialidade no tratamento dos subordinados	162
Gráfico nº97 -	Qualidades da chefia/grupo preferido de subordinados	163
Gráfico nº98 -	Qualidades da chefia/tomada de decisões sozinho	163
Gráfico nº99-	Reconhecimento pelo desempenho/importância na definição de níveis de desempenho	164
Gráfico nº100-	Consideração pelos superiores hierárquicos/partilha de ideias e sentimentos pessoais com os subordinados	164
Gráfico nº101-	Competência técnico-científica da equipa de trabalho/valorização das regras e procedimentos dos cuidados de enfermagem	165

CAPÍTULO I

Introdução

1 – INTRODUÇÃO

Vive-se em Portugal uma época de mutações diárias nas contingências económicas, sociais e políticas que enredam o país. Consequentemente, a eficácia da liderança é condição indispensável à sobrevivência e ao sucesso das organizações, independentemente de serem produtoras de bens ou fornecedoras de serviços e qualquer que seja o sector profissional.

As organizações estão a mudar e, as pessoas que as integram têm também objectivos de vida diferentes. Actualmente, a *performance* das organizações depende não só da estratégia escolhida pelos líderes, mas também da forma como estes gerem os seus recursos humanos. A capacidade de motivarem, formarem, desenvolverem e avaliarem o desempenho dos subordinados, permite-lhes não só fazer uma distribuição mais equitativa das recompensas mas também melhorar o desempenho no sentido da excelência (Cunha, 1992). Martins (s.d.) afirma mesmo que “as pessoas é que são importantes nas organizações”. O autor considera que a verdadeira dimensão do valor humano na gestão dos resultados das empresas de hoje está nos seus funcionários. Parece-lhe óbvio que a vitalidade de trabalho depende muito significativamente do equilíbrio entre a vida pessoal e profissional dos empregados e que a satisfação dos empregados tem reflexo directo na satisfação dos clientes, na produtividade e na qualidade.

O cenário de exigências, que afecta as organizações portuguesas contemporâneas em geral, alcançou também as organizações hospitalares em particular, com implicações na administração dos serviços de enfermagem. Os enfermeiros-chefes da área hospitalar têm vindo diariamente a ser responsabilizados pela qualidade das suas funções enquanto líderes de equipas de enfermagem, nomeadamente no que respeita à qualidade de prestação dos cuidados de enfermagem.

Reconhecida que é a importância da motivação dos subordinados no sucesso da liderança e na qualidade dos serviços produzidos, o conhecimento dos factores susceptíveis de aumentar o grau de motivação dos enfermeiros subordinados permitirá ao enfermeiro chefe desenvolver estratégias de motivação

adequadas. Para isso, é necessário que estes chefes aperfeiçoem as suas capacidades de líderes, no sentido da liderança eficaz.

O líder contemporâneo investe na “promoção do capital humano”, explora as suas potencialidades, incentiva à criatividade, e à qualidade, tenta atrair e reter pessoas devidamente qualificadas e dotadas de conhecimentos (Simões e Fávero, 2003). O novo líder é um gestor mais rico de competências, nomeadamente na capacidade de desenvolvimento dos outros e que entende que o seu papel exige uma responsabilidade social que ultrapassa largamente a aplicação das teorias e das técnicas aprendidas nas melhores MBA (Martins, s.d.). Os funcionários, com competência, constituem a chave para o sucesso do líder e, consequentemente, das organizações.

“A marca da liderança moderna está em fortalecer o grupo de trabalho, ressaltando e valorizando as competências individuais, diluindo o poder na equipe, fazendo com que cada membro reconheça o seu propósito e o significado do seu trabalho...o enfermeiro deve estar mais orientado para o futuro, mais flexível, dinâmico e disposto a assumir riscos, em contraposição ao papel controlador, ditador de regras, normas e procedimentos. Deve estar disposto a rejeitar rotinas, confrontar questões e implementar acções que levem à mudança” (Simões e Fávero, 2003: p.2).

Em enfermagem não é fácil os líderes das equipas alcançarem esta eficácia, pois os problemas com que diariamente se confrontam são de natureza e origens muito variadas. Aos enfermeiros chefes – líderes – cabe não só gerir os problemas inerentes à própria profissão, como também os que resultam do seu posicionamento na hierarquia do hospital, os que advêm das suas responsabilidades funcionais e da sua competência e ainda, os que nascem da coordenação das equipas que lideram (André, 1998). Têm ainda que gerir mudanças frequentes, quer ao nível dos recursos humanos, quer dos recursos materiais e harmonizar a multiculturalidade dos elementos da equipa. Aspectos como o *turnover*, a evolução tecnológica e as exigências dos utentes, cada vez mais e melhor informados constituem também barreiras ao seu sucesso enquanto líderes. Por outro lado, a própria estrutura onde desempenham as funções de liderança - o hospital - é muito burocratizado, pouco flexível e pouco aberto à

inovação, não promove a liderança de qualidade, acarretando por isso todo um conjunto de consequências negativas para a qualidade dos serviços prestados (Azevedo, 2002).

A liderança das equipas de enfermagem é, pelo exposto, cada vez mais complicada. Ultrapassar as adversidades que sistematicamente são colocadas aos enfermeiros chefes (líderes), é um desafio constante, cuja resposta passará pelo aperfeiçoamento das capacidades nesta área, no sentido da liderança de qualidade (Campos e Loff, 1998).

Diferentemente dos estudos iniciais, onde o sucesso do líder estava fortemente relacionado com as suas características pessoais, vários estudos têm vindo a demonstrar que o modelo de chefia autocrático e centralizador parece não se adaptar ao actual discurso de envolvimento dos subordinados, exploração da motivação humana e satisfação dos profissionais das organizações bem sucedidas (Pereira, 2001). Neste sentido, destacam-se algumas pesquisas nacionais e internacionais.

Um estudo realizado por André (1998), sobre a função de líder em enfermagem no Hospital da Horta, conclui, relativamente à heteropercepção do comportamento dos enfermeiros chefes, que estes adoptam comportamentos simultaneamente muito voltados para a tarefa e relações interpessoais. Ou seja, apresentam um estilo de liderança de elevada estruturação e elevada consideração. Quanto à importância atribuída pelos enfermeiros chefes às diferentes habilidades como líderes, os resultados apontaram para uma valorização técnico/conceitual com 73,54% contra 26,46% para a vertente humana. Porém, estes resultados entram em conflito com os que o investigador encontrou na prática do dia-a-dia dos enfermeiros-chefes, os quais apontaram para uma valorização das relações interpessoais da equipa (48,39%) e da qualidade dos cuidados (25,8%).

Ferreira (2001) ao estudar a problemática da chefia operacional da liderança no Hospital do Divino Espírito Santo, Açores, verificou que, em enfermagem, a chefia operacional é predominantemente desempenhada por uma mulher, com uma idade média de 47 anos, com o 12º ano de escolaridade, habilitada com equivalência à licenciatura e uma especialização em enfermagem,

com cerca de 24 anos de exercício da profissão, há cerca de 13 anos na categoria de Enfermeiro-Chefe, com muita formação em gestão de conflitos e avaliação de desempenho (80%) e menos em liderança e qualidade de atendimento (40%). Relativamente à percepção da predominância de estilo de liderança, este estudo evidenciou que os enfermeiros-chefes privilegiam a delegação e, em alternativa, o estilo orientador.

Dias (2001) no seu estudo do líder, do liderado e da motivação realizado em hospitais centrais, vem acrescentar aos estudos sobre liderança em enfermagem que a motivação no trabalho se centra primordialmente nas necessidades fisiológicas (como pagamentos, folgas, intervalos para refeições, etc.) e nas necessidades de pertença (como reconhecimento, elogios, prémios, promoções, etc.). O autor concluiu ainda que o estilo de liderança dos enfermeiros-chefes é orientado para a relação interpessoal e que a relação evidenciada entre o estilo de liderança e o controlo situacional implica a não eficácia do desempenho do grupo de trabalho.

Também a nível internacional são relatados aspectos importantes sobre a temática. McNeese-Smith (1996), num estudo sobre comportamentos de liderança em enfermagem, onde utilizou como instrumento o questionário “Leadership Behavior Description Questionnaire”, tentou relacionar os estilos de liderança dos enfermeiros com produtividade e satisfação. Concluiu que, enfermeiras com níveis elevados de motivação no trabalho produzem mais e não querem mudar de trabalho. Por outro lado, elevados níveis de desmotivação no trabalho mostraram-se associados a níveis também elevados de absentismo, *turnover* e custos para a organização. O estudo evidenciou ainda uma relação positiva entre a motivação das enfermeiras no trabalho e a satisfação dos utentes de quem cuidam. Destacou-se também uma relação positiva entre a motivação para o trabalho e a percepção de competência que dos enfermeiros têm do seu chefe.

Upenieks (2003) ao estudar os aspectos promotores de níveis elevados de motivação e desempenho das enfermeiras que trabalham nos “magnet hospitals” (são os 41 hospitais dos EUA, com características organizacionais excepcionais ao nível do recrutamento e retenção dos enfermeiros) face aos “non-magnet”

concluiu que, nos “magnet hospitals”, os elementos que favoreciam a diferença a nível de qualidade de desempenho e níveis elevados de motivação incluíam a fácil acessibilidade à “magnet nurse leader” (enfermeira-chefe); um melhor suporte de autonomia clínica das enfermeiras promovido pela enfermeira-chefe e facilidade de acesso a condições de oportunidade, informação e recursos dos “magnet hospitals”.

Kleinman (2004) estudou o comportamento das enfermeiras líderes tal como é por estas percebido e como é apreendido pelas enfermeiras subordinadas e a relação existente entre estes aspectos e o *turnover* das enfermeiras subordinadas. A investigadora chegou à conclusão que, estilos de liderança efectivos, fortes e de qualidade estão associados a níveis elevados de motivação das enfermeiras no trabalho, sendo a chave da retenção destas profissionais nos hospitais.

Higa (2002) sugere que:

“... É preciso agregar outros valores à prática das organizações hospitalares, de onde emerge a necessidade de desenvolvimento da capacidade de liderança e de coordenação de todos os profissionais e, em especial, do enfermeiro, no sentido de prepará-los para a tomada de decisões nas unidades de cuidados, para articular as demandas da política institucional, os interesses das equipas que nela actuam, para elaborar com competência e clareza projectos coerentes e adequados à realidade, uma vez que a liderança impulsiona o trabalho em equipe, a cooperação, os mecanismos de comunicação em todos os sentidos...” (Higa 2002 citada por Trezivan: 2005, p.60).

Os vários investigadores nesta área têm, por conseguinte, vindo a defender uma mudança de estilo, de um estilo de liderança autoritário para um estilo participativo, partindo do pressuposto que os líderes eficazes devem possuir características de personalidade que facilitem este perfil e devem usar da flexibilidade para ouvir, motivar e apoiar o grupo (Lourenço e Trezivan, 2001).

Se as organizações que possuem líderes bem preparados e treinados conseguem manter níveis óptimos de actuação, investir no melhoramento da *performance* dos enfermeiros-chefes será, portanto, garantir as premissas básicas da promoção da motivação para cuidados de enfermagem de qualidade. Neste

contexto, surge este estudo exploratório, com o propósito de analisar e descrever o perfil ideal do enfermeiro chefe em contexto hospitalar. Interessa, por conseguinte, conhecer os estilos de liderança praticados e que relação têm com os factores motivante e desmotivante dos enfermeiros seus subordinados.

1.1 – OBJECTIVO DO ESTUDO

O objectivo deste estudo é conhecer o estilo de liderança do enfermeiro-chefe que, ao nível hospitalar, permite obter níveis elevados de motivação dos enfermeiros seus subordinados.

1.2 – MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO

A realização deste trabalho teve como força propulsora os seguintes aspectos:

- *A actualidade do tema:* a liderança constitui uma das preocupações centrais dos tempos modernos e atravessa qualquer um dos sectores profissionais, incluindo o da saúde. O reconhecimento da importância da liderança com fenómeno determinante na motivação dos subordinados é actualmente considerado primordial em enfermagem. Numa altura em que cada vez mais instituições de saúde investem em projectos de qualidade (nos quais os enfermeiros são actores-chave) e sabendo-se que a eficácia da liderança, a motivação para o trabalho e a qualidade de desempenho dos enfermeiros andam associadas, é urgente conhecer o (s) estilo (s) de liderança conducentes aos mais elevados níveis de motivação.
- *Questões profissionais:* como enfermeira subordinada sentiu-se a necessidade de desenvolver um trabalho que contribuísse para sensibilizar os enfermeiros-chefes (líderes) para a importância que tem o desempenho eficaz das suas funções.

1.3 – METODOLOGIA UTILIZADA

Este estudo será desenvolvido segundo uma abordagem mista (qualitativa e quantitativa). Esta opção fez-se, por um lado, porque a vertente qualitativa postula uma concepção global fenomenológica, indutiva e estruturalista que se adapta perfeitamente à abordagem pretendida para o problema a investigar. Por outro, porque interessa neste contexto, para além dos resultados ou produtos, o processo. Ou seja, pretende-se não só monitorizar estatisticamente os estilos de liderança e suas relações com a motivação, mas também saber como é que os enfermeiros-chefes caracterizam a sua liderança; qual o comportamento que adoptam enquanto líderes de equipas de trabalho. Assim, vai utilizar-se, para além da análise estatística dos dados, a análise indutiva onde as abstracções vão sendo construídas à medida que os dados particulares que foram recolhidos se vão agrupando (Bogdan, 1994).

1.4 – ESTRUTURA DO DOCUMENTO

Este estudo está estruturado da seguinte forma:

No capítulo I, é feita a introdução ao trabalho onde se apresenta a pertinência do estudo, o objectivo, a motivação e a metodologia utilizada.

No capítulo II, Desenvolve-se o enquadramento teórico da temática em estudo. Inicia-se com as definições de enfermagem e enfermeiro para de seguida fazer o enquadramento do enfermeiro-chefe (líder) na organização hospitalar e abordar a sua importância, competências e condições de acesso. Faz-se também uma reflexão do papel do enfermeiro-chefe no trabalho em equipa.

Introduz-se o tema da liderança com uma resenha histórica do conceito, seguindo-se uma reflexão teórica em seu torno e a sua distinção face ao conceito de gestão, poder, influência e autoridade. São posteriormente desenvolvidas as várias teorias e modelos de liderança

Segue-se o tema da motivação, iniciando-se com uma análise da definição do conceito, após a qual se estabelece a distinção entre satisfação e motivação. Apresentam-se as várias teorias da motivação e reflecte-se a importância da motivação para a qualidade e ambiente de trabalho, finalizando-se com a apresentação de alguns estudos nacionais e internacionais referentes a esta temática.

No capítulo III, é apresentada a metodologia do estudo.

No capítulo IV, faz-se a análise e a discussão dos resultados obtidos.

No capítulo V, procede-se às conclusões do estudo.

Consciente da obrigatoria multidisciplinaridade de que, na actualidade, se reveste o sector da saúde, tenta-se que esta abordagem seja “aberta” e funcione como ponto de partida para outros estudos.

CAPÍTULO II

Revisão da Literatura

2 – REVISÃO DA LITERATURA

2.1 – CONTEXTO TEÓRICO DA CARREIRA DE ENFERMAGEM

2.1.1 - DEFINIÇÃO DE CONCEITOS: ENFERMAGEM E ENFERMEIRO

Ao preparar-se uma abordagem do tema Liderança em Enfermagem, mostra-se pertinente abordar a definição dos conceitos em torno dos quais está a ser analisada a liderança: Enfermagem e Enfermeiro. Convém referir que, ao referenciar-se a classe profissional, se utiliza o termo enfermeiro no mesmo sentido de enfermeira.

A profissão de Enfermagem está, na sua origem, relacionada com a noção de “cuidar”, ou seja, prestar cuidados. Tem como marco de referência a enfermeira Florence Nightingale que, na metade do século XIX, a definiu como a profissão à qual cabe pôr o doente nas melhores condições para que a natureza possa actuar (Nogueira, 1990).

As definições do termo enfermagem têm-se avolumado ao longo dos últimos anos. Porém, verificam-se que entre elas existem elementos comuns fundamentais: os serviços prestados pelos enfermeiros; o contexto onde se desenvolve a profissão; as características de quem recebe os cuidados e os atributos que distinguem a enfermagem de outras áreas também orientadas para a prestação de cuidados de saúde. O Regulamento português do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996, p.6), define Enfermagem como “a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível”. Na actualidade, ainda não existe uma definição de enfermagem universalmente aceite.

Enfermeiro, segundo o mesmo regulamento, é “o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos

e comunidade, aos níveis de prevenção primária, secundária e terciária” (Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, 1996: p.6).

Nos hospitais, o trabalho dos enfermeiros desenvolve-se, por equipas de 15, 20, 30 ou mais elementos, em unidades de cuidados (serviços) organizadas segundo as várias especialidades médicas. O horário de trabalho é de 35 horas semanais distribuídas, normalmente, por turnos de 8 horas (das 8 h às 16 h; das 16 h às 24 h e das 24 h às 8 h).

A estrutura da Carreira de enfermagem integra as categorias de enfermeiro, enfermeiro graduado, enfermeiro especialista, enfermeiro chefe e enfermeiro supervisor, às quais cabem áreas de actuação distintas (Decreto Lei nº437/91 de 8 de Novembro). No contexto deste estudo importa destacar as funções do enfermeiro-chefe dado o seu papel de líder das equipas de enfermagem. Assim, é importante contextualizar o enfermeiro chefe ao nível da organização hospitalar.

2.1.2 - O ENFERMEIRO-CHEFE NA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

A compreensão das características das organizações de saúde, relativamente a processos de trabalho, dinâmica, estrutura e funcionamento, é fundamental para a abordagem da temática da liderança neste contexto. O sistema de saúde é tido como um dos sistemas mais complexos da sociedade contemporânea e os hospitais são considerados organizações extraordinariamente complexas (Mintzberg, 1994).

Uma organização é um sistema composto por diversas actividades de um grupo de pessoas, conscientes e coordenadas, com objectivos comuns (Chiavenato, 1998). O autor acrescenta ainda que, a interdependência de uma organização e o seu meio envolvente é uma condicionante essencial e especial no caso das organizações de saúde, devido às numerosas e mutáveis influências demográficas e de morbilidade, económico-financeiras, sócio-culturais, legislativas e técnico-funcionais.

Ferreira et al (1998) acrescenta que, qualquer que seja a dimensão da organização, a mesma pode ser definida como um conjunto de duas ou mais

peessoas inseridas numa estrutura aberta ao meio externo, que trabalham em conjunto e de um modo coordenado para alcançar objectivos.

Rocho (1989) manifesta a sua opinião considerando o hospital uma instituição organizada, na qual os técnicos de saúde desempenham funções com o objectivo do bem comum, organizado para facilitar a equipa de saúde no seu trabalho.

O hospital é um estabelecimento de saúde de diferentes níveis de diferenciação, constituído por meios tecnológicos e humanos, cujo objectivo nuclear é a prestação de cuidados de saúde curativos e de reabilitação durante 24 horas por dia, com capacidade de organização para se adequar às reais necessidades da população, de forma que os resultados correspondam a ganhos em saúde (Instituto Nacional de Estatística, 1998).

Podemos, entender, então, que os hospitais são sistemas complexos, compostos por diversos departamentos e profissões, onde trabalham grupos de pessoas, sujeitas a situações emocionalmente intensas (vida, doença e morte) cujo objectivo comum é a saúde do utente. No fundo, e de acordo com Ferreira (2001), os hospitais são organizações de capital humano intensivo e dotado de qualificações técnicas muito diversificadas.

Relativamente às funções da organização hospitalar, o assento tónico tem vindo a ser colocado nos cuidados aos utentes, relegando-se para segundo plano as condições de trabalho e de motivação dos profissionais que lá trabalham, nomeadamente as dos enfermeiros (Azevedo, 1996).

A estrutura orgânica dos hospitais públicos está regulamentada pelo Decreto-lei nº188/2003 de 20 de Agosto de 2003. Este diploma define o organograma de gestão dos hospitais públicos, sistematizando e estruturando a cadeia hierárquica. Assim os hospitais compreendem um órgão de administração, um órgão de apoio técnico, um órgão de fiscalização e um órgão de consulta. A única categoria de enfermagem integrada na área de actuação da gestão hospitalar é a de Enfermeiro-Director, com um lugar no órgão de administração.

A participação do enfermeiro-chefe, ou seu representante, na gestão dos serviços hospitalares não foi contemplada nesta lei. Tendo em conta que o corpo de enfermagem representa uma fatia alargada dos efectivos totais da organização

hospitalar, parece legítimo considerar que a esta exclusão dos órgãos que os hospitais compreendem, prejudica o papel do enfermeiro-chefe como líder bem como a qualidade da sua liderança. O regime jurídico deste novo modelo de organização considera que os hospitais constituem um sector estratégico da rede de prestação de cuidados de saúde e exige de todos os profissionais habilitações para trabalho em equipas de saúde multiprofissionais e aos respectivos gestores capacidade de liderança e conhecimentos que lhe permitam utilizar de forma eficiente os instrumentos de gestão ao seu dispor. Porém, não confere ao enfermeiro-chefe qualquer poder na estrutura funcional da organização hospitalar. Este facto pode ser comprometedor da criatividade e flexibilidade necessárias à resolução saudável dos problemas que vão surgindo no dia-a-dia. Talvez haverá que emergir, no futuro, novas competências legais que permitam ao enfermeiro-chefe assegurar a convergência dos interesses da equipa que lidera com os objectivos do hospital e do serviço onde trabalha.

Para se compreender melhor o papel do enfermeiro chefe nas unidades de saúde, explica-se de seguida a forma de acesso a esta categoria e as funções legais que lhe são inerentes.

2.1.3 - ENFERMEIRO-CHEFE: IMPORTÂNCIA E, ACESSO E COMPETÊNCIA

No contexto da organização dos serviços de enfermagem, a posição do enfermeiro-chefe refere-se à figura central da liderança. Trata-se da primeira posição de gestão na carreira de enfermagem, com funções específicas na gestão dos cuidados ao doente, recursos humanos e recursos materiais. É a categoria chave para o funcionamento diário dos serviços hospitalares. Detém a responsabilidade de todos os aspectos operacionais do serviço que lidera, de forma a assegurar cuidados de enfermagem com o máximo de qualidade e eficiência. Por conseguinte, é da sua responsabilidade a execução das políticas, práticas e procedimentos estabelecidos nos conselhos de administração hospitalares.

A área de actuação do enfermeiro-chefe está definida no Decreto-lei nº437/91 de 8 de Novembro, o qual regula o regime legal da carreira de

enfermagem. Segundo este diploma, o acesso à categoria de enfermeiro-chefe faz-se de entre enfermeiros graduados e enfermeiros especialistas que sejam detentores de seis anos de exercício profissional, com avaliação de desempenho de satisfaz e que possuam uma das seguintes habilitações: curso de estudos superiores especializados em Enfermagem; curso de administração de serviços de enfermagem ou a secção de administração do curso de enfermagem complementar; um curso de especialização em enfermagem; curso no âmbito da gestão que confira, só por si, pelo menos o grau académico de bacharel (artgº11, nº4). O mesmo diploma regulamenta ainda as competências do enfermeiro-chefe, a nível de uma unidade de cuidados (artgº8, nº1). Compete ao enfermeiro-chefe, a nível de uma unidade de cuidados:

Tabela nº1

Funções legais do enfermeiro chefe

Áreas de actuação	FUNÇÕES
❶ Gestão da unidade de saúde	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Integrar o órgão de gestão das unidades de cuidados, sempre que este for colegial; ♦ Participar na elaboração do plano e do relatório globais da unidade de cuidados, desenvolvendo, de forma articulada, o plano e o relatório anuais, referentes às actividades de enfermagem; ♦ Propor o nível e o tipo de qualificações exigidas ao pessoal de enfermagem, em função dos cuidados de enfermagem a prestar; ♦ Determinar os recursos materiais necessários para prestar cuidados de enfermagem; ♦ Participar nas comissões de escolha de material e equipamento para prestação de cuidados na unidade; ♦ Conhecer os custos dos recursos utilizados na prestação de cuidados na unidade e encontrar mecanismos que garantam a sua utilização correcta e o controlo dos gastos efectuados; ♦ Participar na determinação de custos/benefícios no âmbito dos cuidados e enfermagem;

❷ Gestão dos cuidados de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Promover e colaborar na definição ou actualização de normas e critérios para a prestação de cuidados de enfermagem; ♦ Determinar as necessidades dos enfermeiros, tendo em vista os cuidados de enfermagem a prestar, cabendo-lhe a responsabilidade de os distribuir e adequar às necessidades existentes, nomeadamente através da elaboração de horários e planos de férias ♦ Incrementar métodos de trabalho que favoreçam um melhor nível de desempenho do pessoal de enfermagem e responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados; ♦ Planear e concretizar, com a equipa de enfermagem, dos cuidados de enfermagem, procedendo acções que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, procedendo à respectiva avaliação; ♦ Avaliar o pessoal de enfermagem da unidade de cuidados e colaborar na avaliação de outro pessoal; ♦ Responsabilizar-se pela concretização, na unidade de cuidados, das políticas ou directivas emanadas pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço;
❸ Gestão da Formação	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Criar condições para que sejam efectuados estudos e trabalhos de investigação pelo pessoal de enfermagem da unidade de cuidados; ♦ Promover a divulgação na unidade de cuidados, da informação com interesse para o pessoal de enfermagem; ♦ Realizar ou colaborar em trabalhos de investigação sobre a gestão de serviços de enfermagem/cuidados de enfermagem; ♦ Utilizar os resultados dos estudos e trabalhos de investigação na melhoria da gestão do serviço de enfermagem da unidade de cuidados; ♦ Responsabilizar-se pela concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço com os estabelecimentos de ensino, relativamente à formação básica e pós-básica de enfermeiros; ♦ Criar condições para a realização de actividades de formação de outro pessoal na unidade de cuidados e colaborar nessa formação, quando tal se justifique;

➊ Gestão das relações interpessoais	♦ Favorecer boas relações interpessoais na equipa de enfermagem e outro pessoal.
--	--

Fonte: Adaptado de Dec. Lei nº437/91 de 8 de Novembro.

Actualmente, em Portugal, o enfermeiro-chefe dispõe de um conteúdo funcional que lhe garante actuação a variados níveis da gestão operacional. Crê-se que a forma como exerce as suas competências de líder face à equipa de enfermagem que lidera se repercute quer na motivação e empenhamento da equipa, quer na qualidade dos cuidados prestados ao utente.

2.1.4 - TRABALHO EM EQUIPA: O PAPEL DO ENFERMEIRO-CHEFE

O trabalho de enfermagem tem a peculiaridade de ser em equipa, podendo afectar positiva ou negativamente a motivação profissional de cada profissional. Pessoas diferentes, com níveis de formação diferentes, com padrões sócio-culturais e comportamentais diversos, estabelecem relações interpessoais de cariz profissional, no sentido de prestarem cuidados de enfermagem com a melhor qualidade possível. Payne (1982), afirma a este propósito que, pessoas que trabalham juntas produzem mais do que algumas vez produziriam se trabalhassem sós. A equipa funciona como um meio para a acção concertada. Koerner, B. et. al (1986) acrescentam que, trabalhar em equipa é desenvolver um caminho de cooperação que dê aos enfermeiros uma tarefa mais completa, com mais responsabilidades no seu trabalho, tornando-os mais aptos para interagir com os seus clientes. Loff (1994) entende o trabalho em equipa como sendo a actividade sincronizada e coordenada de diversos profissionais, de categorias diferentes, para cumprir um objectivo comum. Realça ainda que, o produto final (da equipa) é diferente da soma das partes (de cada elemento). As pessoas enriquecem o grupo com o seu universo pessoal, composto pelos seus modelos mentais, características de personalidade, vivências pessoais e experiência profissional.

Em enfermagem, as equipas são minuciosamente conduzidas e supervisionadas por um enfermeiro líder – o enfermeiro-chefe. Este líder, para além das competência instrumentais (saber-fazer) e cognitivas (saber-saber),

deve possuir e treinar as competências relacionais (saber-ser e saber-estar). Graça (1992) diz-nos que é a este último nível que as equipas falham. A falta de capacidades em relações humanas, a falta de saber-ser e de saber-estar por parte do enfermeiro-chefe, conduz a uma liderança pouco eficaz.

Estudos como o de Upenieks (2003) têm vindo a demonstrar que as relações de trabalho dos enfermeiros com o seu superior hierárquico imediato, enfermeiro-chefe, pode contribuir para a satisfação, motivação e bem-estar no trabalho ou para o inverso, desmotivação, angústia e stress.

Segundo Spencer e McClelland (1994), um tratamento dos subordinados pautado pela desconsideração e pelos favoritismos, relaciona-se positivamente com a desmotivação e stress no trabalho. Para Levinson (1978), uma liderança demasiado rígida de chefes com personalidades facilmente irritáveis, com elevada necessidade de êxito, mas pouco sensíveis às necessidades individuais e pessoais dos seus subordinados, são altamente desmotivantes e stressantes para estes. Chiavenato (1998) conclui ainda que, quando existem níveis elevados de motivação entre os membros de um grupo, o clima do grupo de trabalho traduz-se por relações gratificantes de satisfação, interesse e colaboração. Pelo contrário, níveis reduzidos de motivação conduzem a frustrações que acabam por se reflectir no clima do grupo, originando problemas emocionais: apatia, desinteresse, insatisfação e agressividade.

Graça (1992) enumera diversos pressupostos que, na óptica da OMS (Organização Mundial de Saúde), condicionam o trabalho em equipa e, por conseguinte, a eficácia da liderança do enfermeiro-chefe:

- a partilha de objectivos comuns;
- a compreensão e aceitação dos papéis e funções de cada um;
- a existência de recursos humanos e materiais suficientes;
- a cooperação activa e confiança mútua, num ambiente de trabalho onde as pessoas se expressem livremente e sem receio;
- a rede de comunicação aberta e multidireccional e
- os mecanismos de feedback e avaliação.

De acordo com Parker (1995), a liderança eficaz de uma equipa de trabalho implica, para além da promoção de um clima de abertura e honestidade

(sabendo dar e receber *feedback*) e do envolvimento dos elementos da equipa no estabelecimento de metas e no processo decisório, a transmissão clara da visão da organização bem como o desenvolvimento de prioridades relativamente ao trabalho da equipa.

Após a análise do que tem vindo a ser exposto, pode entender-se o enfermeiro-chefe “hospitalar” como o profissional que possui competências científicas, técnicas e humanas para gerir a unidade de saúde e a equipa de enfermagem que lidera, de forma a garantir cuidados de enfermagem diferenciados de qualidade, ao indivíduo, família, grupos e comunidade.

Acreditando que a saúde das organizações depende, grandemente, do seu capital humano, um dos seus maiores desafios é, de facto, conseguir equipas de enfermagem decididas, confiantes e intimamente comprometidas no alcance dos objectivos propostos. Para isso, é fundamental motivá-las utilizando simultaneamente capacidades relacionais e conhecimentos técnicos.

Desde o início deste trabalho que se tem vindo a falar com alguma frequência de liderança. De facto, este representa um dos conceitos centrais deste estudo. Por conseguinte, segue-se uma exploração sumária da história do termo para, posteriormente, se apontarem algumas definições conceptuais.

2.2 - SUBSÍDIOS HISTÓRICOS PARA UM CONCEITO DE LIDERANÇA

A literatura sobre o tema da liderança é muito volumosa. Porém, uma breve síntese da história dos estudos sobre liderança permitirá assinalar as diferentes rupturas (metodológicas e conceptuais) desta problemática no decorrer dos anos.

A noção de liderança surgiu no século passado, com o advento da era industrial. A partir de então, diferentes estudos e concepções têm progressivamente evoluído, parecendo dividirem-se em quatro grandes momentos:

Tabela nº2

Focos das teorias da liderança

<i>Foco das Teorias</i>	<i>Época</i>
<i>Traços</i> (qualidades natas do líder)	→1940
<i>Comportamentos do líder</i> (estilo de liderança com perspectiva de treino)	1940-1960
<i>Contingência da situação</i> (importância dos factores situacionais e do contexto em que é exercida a liderança)	1960-1980
<i>Traços de personalidade e estilo de liderança</i> (ressurgimento)	1980 →

Fonte: Adaptado de Reto e Lopes – Liderança e Carisma. Editorial Minerva, 1991.

No início do século XX, a generalidade dos estudos sobre liderança centravam-se na pessoa do líder e, particularmente nas capacidades distintivas do líder face aos seus seguidores (Azevedo, 2002). Os líderes eram olhados como seres superiores, com qualidades e capacidades (herdadas ou socialmente adquiridas) que os distinguiam das pessoas em geral. Durante a segunda Guerra Mundial, assistiu-se a um investimento acentuado do exército americano em trabalhos nos quais se procuravam identificar os principais traços das pessoas com ascendente sobre outras. Nestas pesquisas, foram realçadas a inteligência, a iniciativa e a confiança em si. Duluc (2000) crítica estas abordagens, frisando que ao insistir-se sobretudo nos traços pessoais dos dirigentes, estão-se a subvalorizar outros factores intervenientes na vida dos grupos, tais como a definição de papéis, o ambiente ou a comunicação.

Até cerca dos anos 40 a preocupação dos estudos sobre liderança centrava-se na identificação dos atributos pessoais e traços de personalidade dos líderes (Azevedo, 2002). São os resultados contraditórios e o modelo de Lewin, no qual pressupõe que o comportamento é função da interacção entre as características da pessoa e os aspectos relevantes do meio ou da situação, que levaram os investigadores a focalizarem-se, em seguida, nos comportamentos observados. Surgem, então, as abordagens comportamentalistas (Reto e Lopes, 1991).

Blacke e Mouton prosseguem e aprofundam os estudos de Lippit e White sobre o estilo de liderança e o ambiente de trabalho. Nos seus trabalhos distinguem dois eixos prioritários: um orientado para a tarefa e outro para as

relações. Destacam, assim, cinco estilos preferenciais de liderança: anémico (investe pouco quer na tarefa quer nas relações), social (investe sobretudo nas relações), autocrata (apenas pensa na tarefa), intermédio (mantém um equilíbrio médio entre tarefa e relações) e o integrador (investe fortemente nas tarefas e nas relações). Esta abordagem é considerada limitada na medida em que considera os estilos de liderança apenas sob a dimensão psicológica da pessoa (Bilhim, 1996).

Os resultados encontrados pelos diversos autores vieram evidenciar que o processo de liderança não pode ser apenas compreendido com determinados traços psicológicos ou determinados comportamentos isolados. Assim surge o paradigma da contingência. A acentuação deixa de recair unicamente sobre as características da situação (tarefa), valorizando-se igualmente as características dos subordinados (Reto e Lopes, 1991).

A Teoria Situacional, introduziu à abordagem anterior a noção de situação. Segundo Ferreira (2001), na teoria situacional os diversos estilos de liderança também dependem do meio, dos constrangimentos, da natureza do trabalho e da autonomia dos subordinados. Ainda segundo o mesmo autor, não existe um estilo melhor de influenciar pessoas. O estilo ideal de liderança que deve ser adoptado com os indivíduos ou os grupos depende do nível de maturidade das pessoas que o líder deseja influenciar (Ferreira, 2001).

Na actualidade não existe uma corrente de liderança dominante, porém, é na generalidade aceite pelos investigadores o foco na pessoa do líder e na interacção líder-subordinado.

2.2.1 - CONCEITO DE LIDERANÇA

O grande desafio que se coloca a qualquer líder está na eficaz e eficiente condução dos seus subordinados em direcção aos objectivos previamente definidos para a organização. O sucesso de um líder mede-se, portanto, pela sua capacidade de influenciar e motivar os seus subordinados a atingir elevados níveis de desempenho, tendo em conta os recursos, as capacidades e as tecnologias disponíveis (Cushway e Lodge, 1998). A importância da liderança nas

organizações é actualmente tão significativa que muitas vezes tende a confundir-se liderança com outros conceitos da área da gestão.

O consenso numa definição universal de liderança parece irrealizável, pois, o número de definições é bastante alargado. Porém, a sobreposição das diferentes definições permite verificar que, em comum, três elementos: influência, grupo e objectivo. Os líderes influenciam e induzem o comportamento de outros em contexto grupal (Azevedo, 2002).

Na tabela seguinte, sintetizam-se algumas definições de liderança:

Tabela nº3
Conceitos de liderança

AUTOR	CONCEITO DE LIDERANÇA	ANO
Kron	Processo de influenciar as pessoas a mudarem, não importa quão insignificante seja essa mudança. A liderança implica a presença de outras pessoas e de um relacionamento entre essas pessoas e o chefe, pelo que o líder deve ser capaz de influenciar as pessoas a fazerem alguma coisa.	1994
Yukl	Processo de influência que afecta a interpretação dos acontecimentos pelos subordinados, a escolha dos objectivos da organização ou de um grupo, a organização das actividades para o alcance dos objectivos, a motivação dos subordinados para que cumpram os objectivos, a manutenção das relações de cooperação e do espírito de equipa e a obtenção de apoio e cooperação das pessoas exteriores ao grupo ou à organização.	1994
Bergamini	É a gestão da motivação. A autora afirma que só compreendendo a dinâmica da motivação intrínseca é que o líder tem a possibilidade de conseguir maior eficácia no processo de interacção com os seus subordinados.	1994
Stoner	Processo de direcção e influência das actividades relacionadas com as tarefas dos membros de um grupo.	1995

Robbins	Capacidade de influenciar um grupo em direcção ao alcance de metas, podendo a fonte dessa influência ser: por indicação formal, devido à posição ocupada na organização; ou não – sancionada, quando a capacidade de influenciar surge fora da estrutura formal da organização, quando o líder surge de dentro de um grupo.	1998
Scholtes	É a forma que o líder utiliza para se relacionar com as pessoas chefiadas. Nesta perspectiva, a boa liderança reconhece as necessidades e valores dos subordinados, tomando as suas habilidades e capacidades em consideração.	1998
Pereira	A liderança depende do foco de atenção. Quando está focada no processo de influência, o líder é caracterizado como alguém que exerce influência sobre os componentes do seu grupo ou faz com que as pessoas alcancem os objectivos estipulados.	2001
French	Liderança requer visão e capacidade pró-activa. Ou seja, a liderança implica a existência de uma ideia de onde a profissão ou organização devem chegar e como lá devem chegar, bem como da capacidade de fazer dessa visão uma realidade.	2004

Fonte: Adaptado de Ferreira – Liderança - Satisfação: problemática da chefia operacional de um hospital. Açores, 2001.

Ainda a propósito do conceito e dos significados que a liderança pode adquirir nas diversas definições que têm vindo a surgir ao longo dos tempos, apresenta-se de seguida uma tabela (nº4) onde se faz a caracterização mediante a concepção central do termo.

Tabela nº 4

Conceitos e significados de Liderança

<i>Concepções de liderança</i>	<i>Caracterização</i>
<u><i>Centro do processo grupal</i></u>	A liderança envolve a proeminência de um ou alguns (poucos) indivíduos sobre outros. Em virtude da sua especial posição no grupo, o líder determina a estrutura, atmosfera, ideologia e actividades do grupo.
<u><i>Personalidade e seus efeitos</i></u>	O líder possui qualidades que o distinguem dos seguidores.
<u><i>Arte de induzir a obediência</i></u>	A liderança é a capacidade de imprimir a vontade do líder nos seguidores, e de induzir a sua obediência, respeito, lealdade e cooperação.
<u><i>Exercício da influência</i></u>	A liderança é uma relação entre líder e seguidores, na qual o primeiro influencia mais do que é influenciado. Devido ao líder, os que são liderados agem diferentemente do que fariam sem ele.
<u><i>Acto ou comportamento</i></u>	A liderança é o comportamento de um indivíduo que está envolvido na direcção das actividades do grupo.
<u><i>Forma de persuasão</i></u>	A liderança é a persuasão bem sucedida, sem coerção: os seguidores são convencidos por méritos do argumento, não pela coerção do líder.
<u><i>Relação de poder</i></u>	A liderança é um tipo particular de relação de poder, que se caracteriza pela percepção dos membros do grupo de que outro membro tem direito de lhes prescrever comportamentos relacionados com a actividade do grupo.
<u><i>Instrumento de alcance de objectivos</i></u>	A liderança é o processo de arranjo de uma situação, de tal modo que os membros do grupo, incluindo o líder, podem alcançar objectivos comuns com a máxima economia e o mínimo de tempo, esforço e trabalho.
<u><i>Efeito emergente da interacção</i></u>	A liderança é um processo de estimulação mútua através do qual a energia humana é dirigida para a prossecução de uma causa comum.
<u><i>Papel diferenciado</i></u>	Cada membro de um grupo, organização ou sociedade ocupa uma posição. Em cada uma delas, espera-se que o indivíduo que a ocupa desempenhe um papel mais ou menos bem definido. O líder desempenha, pois, o papel que lhe é atribuído – que é diferente do atribuído aos seguidores.

<u>Iniciação da estrutura</u>	A liderança é o processo de criação e manutenção do padrão de relacionamentos e papéis. Ela permite manter a eficácia dos sistemas de decisão.
<u>Combinação de elementos</u>	A liderança envolve aspectos de personalidade, processo de influência, comportamento, poder, etc..

Fonte: Adaptado de Rego – Liderança nas Organizações. Universidade de Aveiro, 1998.

Em enfermagem o conceito de liderança não tem sido muito aprofundado porém Donner et al (2004), apontam para uma definição de líder. Entendem estes autores que os líderes em enfermagem são aqueles que possuem regras formais e informais de liderança bem definida. São reconhecidos pelos seus pares e colegas de trabalho como peritos nesta área e reconhecem prioritário os cuidados ao doente e a excelência da profissão. São pessoas em quem se pode confiar e com quem é fácil estabelecer uma conversação acerca dos sonhos e da visão futura da carreira profissional. Acrescentam ainda os autores que, a base da liderança eficaz em enfermagem, passa pela forma como o líder comunica e como se relaciona com os colegas de trabalho. Justificam que o líder eficaz consegue motivar os seus subordinados socorrendo-se das conversas diárias, fazendo-os acreditar que conhece os seus objectivos pessoais e que está disposto a colaborar para a sua prossecução.

Em forma de súmula, é consensual que, no actual mundo anglo-saxónico, a noção de liderança implica um fenómeno grupal. São os membros do grupo que ajudam a definir o papel do líder, aceitando ou não as suas ordens. Sem subordinados, todas as qualidades de liderança passam a ser irrelevantes. Não obstante, a liderança envolve uma distribuição desigual do poder entre líderes e subordinados. Apesar dos membros do grupo (subordinados) afectarem as actividades do líder, só este último tem poder para dirigir as actividades do grupo. O processo de influência social do líder do grupo sobre os demais e de partilha colectiva dos objectivos entre os elementos do grupo, é intencional.

Nesta perspectiva, o enfermeiro-chefe deve orientar-se para um novo papel de líder, mais flexível e dinâmico, menos controlador e ditador de normas e procedimentos. A liderança em enfermagem não deve continuar a ser exercida como uma posição de privilégios. A posição formal ocupada pelo enfermeiro no

organograma da instituição não lhe garante o poder de líder. A liderança transcende cargos ou posições formais e não carece de institucionalização. Antes, advém da relação espontânea entre o líder e os seus seguidores (Simões et al, 2003). É importante que enfermeiro chefe se predisponha a assumir riscos, rejeitar rotinas infundadas, implementar projectos de mudança, coordenar e motivar a sua equipa a agir. O sucesso da sua liderança prevê-se fortalecer se houver uma interacção harmoniosa com os seus subordinados, ou seja, não advém simplesmente de si próprio mas também das pessoas com quem estabelece e coordena o trabalho no hospital. *“A liderança em enfermagem, e particularmente a decorrente da função de chefia, carece de um trabalho de qualidade e eficácia. O enfermeiro chefe serve de elo de ligação entre o grupo e a organização, posição esta que pressupõe o princípio de influência interactiva em que o poder depende claramente do reconhecimento dos subordinados.”* (André, 1998: p.31).

É comum utilizar-se indiscriminadamente os vocábulos “liderança” e “gestão”, “liderança” e “poder” ou “influência” e “autoridade”. De facto eles não significam a mesma coisa. Por isso interessa clarificá-los de forma a evitar imprecisões conceptuais.

2.2.2 - DISTINÇÃO CONCEPTUAL: LIDERANÇA/GESTÃO

Segundo Jesuíno (1996), é possível encontrar três posições distintas a este respeito: há autores que advogam que a liderança é um subconjunto das actividades dos gestores e que está limitada à esfera dos papéis interpessoais; outros defendem a ideia inversa, ou seja, que a gestão deve ser considerada como um subconjunto das actividades da liderança; e a sua própria posição. Para este autor, a distinção entre liderança e gestão deve ter em conta o nível organizacional em análise. Ou seja, a liderança exercida ao nível operacional poderá ser entendida como uma actividade subsidiária da gestão. A liderança exercida nos executivos de topo surge como a actividade mais importante, passando a gestão a considerar-se actividade subsidiária (Jesuíno, 1996).

Segundo Cunha et al (2003), os líderes são carismáticos e inspiradores, tomam riscos, são dinâmicos e criativos e sabem lidar com a mudança, portanto, são visionários. O mesmo autor considera que, por um lado, gerir consiste em provocar, realizar, assumir responsabilidades e comandar, por outro lado, liderar consiste em influenciar, guiar e orientar. Aqueles que gerem (os gestores) sabem o que devem fazer. Os que lideram (os líderes) sabem o que é necessário fazer.

Bennis (1994) reforça a ideia de que, se por um lado os líderes são pessoas que fazem as coisas certas, por outro os gestores são pessoas que fazem bem as coisas. O autor considera ambos os papéis cruciais mas profundamente diferentes.

Também Chiavenato (1998) entende que liderança é diferente de gestão. Concebe o gestor como responsável por planejar, organizar, dirigir e controlar a acção organizacional para que sejam alcançados os objectivos. Vê a liderança como um processo de influência interpessoal, exercida numa dada situação e dirigida através da comunicação humana para a consecução de um ou mais objectivos específicos.

De entre as várias definições apontadas, parece consensual que as diferenças entre liderança/gestão e gestores/líderes são em número alargado. Enquanto os gestores tendem a adoptar atitudes impessoais, por vezes até passivas, em relação às metas a atingir, os líderes adoptam atitudes pessoais e activas em relação aos objectivos traçados. Os gestores encaram o trabalho como um processo interactivo entre pessoas e ideias de forma a alcançar as melhores estratégias e se tomarem as decisões mais acertadas. Os líderes investem no risco, estão geralmente dispostos a arriscar, sobretudo quando a oportunidade e a recompensa parecem elevadas. Os gestores preferem trabalhar com pessoas, as actividades solitárias deixam-nos ansiosos. Porém, procuram manter-se emocionalmente afastados nessas relações, ficando impedidos de intuírem os pensamentos e sentimentos dos outros. Os líderes procuram continuamente ideias pelo que se relacionam com as pessoas de forma mais empática e intuitiva. Conseguem detectar sinais emocionais, tornando-os significativos nas suas relações. O gestor, pela sua frieza e racionalidade, age de modo desinteressado e manipulador, procurando manter uma estrutura racional e

equilibrada debaixo de controlo. Os líderes atraem fortes sentimentos, desenvolvendo relações turbulentas, intensas e, por vezes, desorganizadas (Vergara, 2000). Como forma de sistematizar as principais diferenças entre gestores e líderes, segue-se uma tabela, onde são evidenciadas as principais características de ambos.

Tabela nº5

Diferenças entre Gestores e Líderes

Gestores	Líderes
• Rendem-se à situação.	• Procuram agir sobre a situação.
• Administram.	• Inovam.
• Questionam-se sobre o como e o quando.	• Questionam-se sobre o quê e o porquê.
• Têm perspectivas de curto prazo.	• Têm perspectivas de longo prazo.
• Imitam.	• São originais.
• As consequências de gestão podem ser ensinadas/aprendidas	• As consequências da liderança não podem ser ensinadas/aprendidas.

Fonte: Adaptado de Rego – Liderança nas Organizações. Universidade de Aveiro, 1998.

Os diversos autores atrás referidos manifestam que, neste binómio liderança/gestão, a liderança é mais emocional, inovadora, criativa, inspiradora, visionária, relacional-pessoal, original, proactiva e está assente em valores. A gestão, por outro lado, é mais racional, fria, calculista, eficiente, procedimental, imitadora e reactiva. Porém, ao nível organizacional, parece razoável entender que a liderança pode ser mais relevante do que a gestão em algumas actividades e vice-versa. Rego (1998) exemplifica, referindo que é aceitável uma maior necessidade de gestão nos níveis hierárquicos inferiores do que nos níveis de topo mas que isso não impede os gestores de executarem algumas funções de liderança e de os líderes adoptarem funções de gestão. Acrescenta ainda que é plausível considerar a liderança mais pertinente no início de ciclo de vida de uma organização, em momentos de mudança, ou em organizações enquadradas em ambientes muito turbulentos, preferindo a gestão especialmente em situações de estabilidade.

Robbins (1998), citando Kotter, explica que a liderança difere da gestão ainda por outros motivos. Segundo o autor, a gestão lida com a complexidade. A

boa gestão traz ordem e consistência no planeamento e acompanhamento de projectos formais em organizações rígidas. Em contrapartida, liderar é lidar com a mudança. A liderança e a gestão são duas distintas e complexas esferas de acção. As duas são necessárias para o sucesso da organização mas, cada uma delas tem funções próprias e actividades características. Os líderes estabelecem uma visão de futuro que vão comunicando ao grupo para o manter motivado a vencer os obstáculos. Kotter vê a eficácia organizacional dependente de uma forte gestão mas também de uma forte liderança. Considera, na linha de Bennis (1985), que o problema da maior parte das organizações é serem sublidas e supergerenciadas. Ninguém é simultaneamente bom a liderar e a gerir, pois, as características que determinam uma boa liderança diferem das que são necessárias para uma boa gestão. O sucesso das organizações está, segundo esta linha de pensamento, no recrutamento de dois tipos de pessoas: uma mais vocacionada para a liderança, outra mais vocacionada para a gestão – dupla liderança. As condições actuais de crescente acesso à informação parecem exigir para o sucesso organizacional, uma direcção bicéfala, ou seja, a existência simultânea de um líder criativo e de um líder orientado para a gestão estratégica.

A lógica da dupla-liderança não é consensual. House e Aditya citados por Rego (2003) alegam que os gestores podem ser líderes e vice-versa. Os gestores quando tornados líderes proporcionam visão, direcção, estratégia e inspiração às suas organizações e adoptam condutas que reforçam a visão e os valores inerentes.

Rowe (2001) propõe para a compreensão do binómio liderança/gestão o modelo triangular cujos vértices são a liderança gestionária, a liderança visionária e a liderança estratégica. O líder-gestor é conciliável na figura do líder estratégico. A liderança gestionária promove a estabilidade financeira a longo prazo e procura manter a ordem existente. Não investe na mudança por falta de visão, sonho, emoção e criatividade. A liderança visionária enfatiza a viabilidade da organização a longo prazo e investe na mudança mas, carece do realismo e frieza necessária para a sobrevivência da organização a curto prazo. A liderança estratégica consegue combinar harmoniosamente a faceta visionária com a faceta gestionária.

Conciliando as qualidades do gestor com as do líder, viabiliza a organização a longo prazo sem hipotecar a estabilidade financeira no curto prazo.

Após o exposto, poder-se-á entender que a figura do enfermeiro-chefe pressupõe uma liderança estratégica. Enquanto líder de equipas de enfermagem impõe-se-lhe relacionar-se empática e intuitivamente com os seus subordinados para torná-los decididos, confiantes e comprometidos no alcance dos objectivos propostos. Enquanto gestor, planeia, organiza, dirige e controla os cuidados de enfermagem, para que cumpram requisitos de eficácia e eficiência.

2.2.3 - DISTINÇÃO CONCEPTUAL: LIDERANÇA/PODER

Apesar das teorias organizacionais utilizarem vulgarmente o conceito de poder, existe muita confusão quanto à sua definição. A própria extensão do conceito, a diversidade das suas fontes e as formas que adquire nas actuais sociedades leva a que, frequentemente se encontrem autores a confundirem o conceito de poder com outros conceitos como o de autoridade. É, por conseguinte, importante clarificar esta imprecisão conceptual, iniciando com a origem do conceito.

As questões de poder remontam já aos tempos de Platão, quando o autor teoriza as diferentes configurações do poder de Estado. Mas, só com a crescente necessidade de se justificar o poder do soberano, no início da Idade Moderna, é que surgem as primeiras bases conceptuais. Desde então, as abordagens do tema ramificaram-se em duas importantes concepções: a de Hobbes e a de Machiavelli.

Clegg, citado por Reto (1991) considera que Hobbes tem como conceito central o problema da soberania. Segundo o autor, o poder está ao serviço de uma ordem mítica e baseia-se na lógica do contrato. Machiavelli focaliza-se, antes, nos problemas de estratégia, tentando identificar os processos de conservar e aumentar o poder. Estas duas concepções relativas à origem do poder têm sido consideradas antagónicas pela generalidade dos autores. A teoria de Hobbes segue a linha da concepção do poder como atributo, enquanto a teoria de Machiavelli perspectiva o poder enquanto relação. Quando se fala de poder,

este duplo significado para a sua origem entrecruza-se, condicionando, portanto, a sua operacionalização.

Algumas definições enfatizam o carácter relacional do poder enquanto outras privilegiam o poder como atributo. Dawson, citado por Rego (1998) afirma que o poder deve ser concebido numa perspectiva relacional e não como propriedade ou atributo de alguém. Nesta perspectiva, um enfermeiro chefe de um serviço X do hospital Y pode deter determinado nível de poder relativamente à sua equipa de trabalho mas, se sair do serviço X para o serviço Z, mesmo que permaneça dentro do mesmo hospital, o seu nível de poder relativamente à nova equipa de subordinados pode aumentar, diminuir ou até desaparecer. Portanto, o poder funciona como uma relação em que o subordinado pode pressionar ou resistir ao líder.

Na tentativa de operacionalizar o termo, pesquisou-se a origem da palavra e elaborou-se uma tabela com as várias definições do conceito que têm vindo a ser apresentadas ao longo dos tempos. “Poder” deriva da palavra latina “*potere*”, que significa “ser capaz” e pode apresentar-se sob várias formas de definição conforme podemos observar nas tabelas seguintes – tabela nº6 e tabela nº7.

Tabela nº6

Definições de Poder

1	Poder é a produção dos efeitos desejados (Russell, 1938).
2	Poder é a capacidade de as pessoas ou grupos obterem para si próprios <i>outputs</i> (bens, remunerações, <i>status</i> social ...) de um sistema em que outras pessoas ou grupos procuram os mesmos <i>outputs</i> ... O poder é exercido para alternar a distribuição inicial dos <i>outputs</i> , para estabelecer uma distribuição desigual, ou para os mudar (Perrow, 1986).
3	O poder que A tem sobre B é igual à máxima força que A pode exercer sobre B menos a máxima força que B pode mobilizar em sentido contrário (French, 1956)
4	Poder é a capacidade de obter decisões, acções e situações de acordo com os nossos interesses (Dawson, 1986).
5	O poder de A sobre B é a capacidade que A tem de, na sua relação com B, os termos da troca lhe serem favoráveis (Bernoux, 1986).
6	A tem poder sobre B na medida em que pode obrigar B a fazer qualquer coisa que não faria sem a intervenção de A (Dahl, 1957).
7	Poder é a capacidade de mobilizar recursos (Kanter, 1977).
8	Poder é a capacidade de produzir ou modificar os resultados ou efeitos organizacionais (Mintzberg, 1989).
9	Poder é a capacidade dos actores individuais obterem o que desejam (Finkelstein, 1992).
10	Poder é a capacidade de levar outra pessoa ou grupo a aceitarem as nossas próprias ideias ou planos. Em essência, o poder capacita para obter de outros o que deles se pretende (Greiner & Schein, 1988).
11	O poder é a influência potencial de um agente sobre as atitudes e comportamentos de uma ou mais pessoas alvo (Yukl, 1989).

Fonte: Adaptado de Rego – Liderança nas Organizações. Universidade de Aveiro, 1998.

Em Portugal, autores contemporâneos como Madureira (1990), Jesuíno (1996) e Rego (1998) apontam também para definições de poder. A tabela seguinte (nº7) sintetiza -as.

Tabela nº7

Definições contemporâneas de Poder

AUTOR	DEFINIÇÃO DO TERMO PODER	ANO
Madureira	Capacidade de um indivíduo ou de um grupo induzirem as crenças ou as acções de outros indivíduos ou grupos	1990
Jesuíno	Capacidade de um actor alcançar os seus objectivos independentemente da relação em causa	1996
Rego	Capacidade potencial para exercer a influência sobre os outros mas não tem que ser exercido para que exista	1998

Fonte: Maria Gracinda Junqueira baseada em Madureira, 1990; Jesuíno, 1996 e Rego, 1998.

Liderança e poder distinguem-se, fundamentalmente, porque enquanto o exercício do poder visa o alcance dos objectivos próprios do seu detentor, a liderança implica a realização de objectivos comuns aos líderes e aos seus subordinados (Jesuíno, 1996). Aceitando a liderança como um fenómeno de poder, um processo que influencia as actividades de uma pessoa ou grupo para a consecução de um objectivo predeterminado, então, o poder é o potencial dessa influência, ou seja, é o recurso que permite ao líder exercer influência sobre os seus subordinados.

Existem vários sistemas de classificação das bases que permitem a um líder exercer influência sobre uma pessoa ou grupo. Porém, o esquema proposto por French e Raven (1960) parece ser o mais amplamente aceite. Estes investigadores definiram cinco bases de poder: poder coercivo, poder legítimo, poder de referência, poder de recompensa e poder de competência.

O poder coercivo baseia-se na punição (formal ou informal). Um enfermeiro-chefe com elevado poder coercivo induz o cumprimento das suas ordens porque, a desobediência poderá acarretar o medo das punições. A punição formal é inerente à posição de autoridade e pode incluir o impedimento de trocas de turno, o indeferimento de pedidos de formação, etc. A punição informal inclui a retenção de informação, a ameaça, a crítica, etc. Estas fontes de

poder não permitem a motivação dos subordinados pelo que se encontram em declínio.

O poder de legitimidade (hierárquico ou de autoridade) baseia-se na posição organizacional ocupada pelo líder, neste caso, pelo enfermeiro-chefe. A autoridade é, portanto, um tipo particular de poder, que tem a sua origem na posição ocupada pelo líder. A autoridade é o poder legitimado em virtude da função formal de um indivíduo numa organização social (Hersey, 1986). O poder de legitimidade é tanto mais alto quanto maior for a posição do líder. Assim, o enfermeiro-director tem maior poder de legitimidade do que o enfermeiro-chefe. Um enfermeiro-chefe com elevado poder de legitimidade induz o cumprimento das suas ordens ou influencia o comportamento dos outros porque estes percebem que ele assim o merece face à posição que ocupa na organização.

O poder de legitimidade, parece ser a forma mais frequente de, nas organizações, o indivíduo aceder ao poder. Porém, como diz Kanter (1992), os gestores devem aprender a trabalhar sem a muleta da hierarquia. Posição, título e autoridade não são as ferramentas mais adequadas, num mundo onde os subordinados são encorajados a pensar por eles próprios e os gestores têm de trabalhar em concordância com diversos departamentos. O novo trabalho gestor implica caminhos muito particulares na obtenção e uso do poder.

O poder de referência baseia-se nas características pessoais do líder. Assenta no facto do subordinado se identificar com o líder, vendo-o como um ídolo (French e Raven, 1960). Um enfermeiro-chefe com elevado poder de referência é, geralmente, estimado e admirado pelos subordinados devido à sua personalidade.

O poder de recompensa, está frequentemente associado à autoridade e à posição formal do líder. Baseia-se no poder que o líder tem para recompensar os seus subordinados, os quais, por sua vez, acreditam que o cumprimento das suas ordens lhes trará incentivos em termos de promoção, salário ou reconhecimento (French e Raven, 1960).

Finalmente, o poder de competência, segundo os mesmos autores, advém da capacidade específica em conhecimentos, técnicas e experiência do indivíduo. Depende da percepção que o subordinado tem do líder, sendo por isso muito

selectivo e baseado em valores cognitivos, o que leva a ter um campo de acção muito limitado, influenciando só na área que lhe diz respeito.

O poder para ser correctamente utilizado deve ser adaptado às variáveis situacionais. Por outro lado, quanto mais fontes de poder forem utilizadas, maior será a probabilidade de se produzirem resultados e de se alcançar o êxito. Um enfermeiro-chefe capaz de utilizar e explorar estas variadas formas de poder, conseguirá mais facilmente influenciar os seus colaboradores e alcançar o sucesso. Poder é a acção praticada pelos líderes, cujas bases devem ser compatibilizadas com estilos de liderança personalizados ao indivíduo ou grupo que pretende influenciar (Dias, 2001).

Poder implica, portanto, capacidade de influência. É, por isso, muito importante para a prossecução dos objectivos definidos com os subordinados. Porém, como se abordará seguidamente, influência não é sinónimo de autoridade. Esta forma de domínio tem vindo a ser desaconselhada pelas suas consequências desmotivadoras.

2.2.4 - NOÇÕES DE INFLUÊNCIA E AUTORIDADE

Se actualmente o domínio, o poder-força e a submissão à autoridade têm cada vez mais dificuldades em se imporem no funcionamento das organizações, provavelmente o caminho futuro será o da influência (Ribeiro, 1997). Boudon e Bourricaud citados por Reto (1991) partilham a este respeito a opinião de que a influência consiste em levar a que o influenciado veja as coisas pelo mesmo ângulo de visão do influenciador.

Autores como Steers et al (1996) vêm a influência como o potencial para modificar ou alterar o comportamento, enquanto o poder é um recurso que os líderes utilizam para exercer influência social. Por outro lado, a influência também não pode confundir-se com autoridade, na medida em que esta é formalizável, enquanto que a primeira só existe no interior de uma relação.

Segundo Rego (1998), a influência é o efeito que uma parte (o agente) exerce sobre outra (o alvo). Pode recair sobre organizações, eventos ou pessoas. Neste último caso, pode incidir sobre as suas atitudes, percepções,

comportamentos ou sobre a interação destes três elementos. Entende ainda que, a tentativa de influenciar o outro pode resultar em: empenhamento (o subordinado concorda com a decisão do líder e empenha-se na sua implementação; obediência (o subordinado executa o que o líder solicitou mas sem entusiasmo); resistência (o subordinado opõe-se ao que o líder propõe ou solicita. O autor acrescenta que as tentativas de influência mais eficazes são as que apelam ao empenhamento e as mais ineficazes são as que geram resistência.

A autoridade pode ser entendida como uma forma de regular e controlar as condutas dos indivíduos. Penteado (1973) define autoridade como a possibilidade de ter domínio sobre o grupo. Para Ribeiro (1997) ela pode derivar do poder transmitido por leis, códigos, tradições e costumes – teoria formal da autoridade; ou resultar da aceitabilidade da ordem dada, ou seja, só existe autoridade se esta for reconhecida e aceite pelos indivíduos – teoria da aceitação da autoridade. A autoridade representa o poder que advém da ocupação de uma determinada posição na organização. Ou seja, os detentores de autoridade detêm poder; mas os detentores de poder não possuem, obrigatoriamente, autoridade (Rego, 1998). Dentro desta linha de pensamento, o enfermeiro-chefe detém autoridade e, por conseguinte, poder sobre os seus subordinados. Não obstante, os subordinados não deterem autoridade sobre o chefe, podem exercer poder sobre ele (caso este dependa, por exemplo, dos conhecimentos especializados dos subordinados).

Foram clarificados conceptualmente os termos relacionados com o conceito central deste estudo: gestão, poder, influência e autoridade. Segue-se uma abordagem às teorias e aos modelos que sustentam a liderança organizacional. Serão apontadas respectivamente as condutas e as características indicadas para uma liderança eficaz, permitindo, posteriormente identificar destas, as que mais favorecem os enfermeiros chefes ao nível hospitalar.

2.3 - TEORIAS E MODELOS DE LIDERANÇA

Neste capítulo faz-se uma abordagem às várias teorias da liderança mais pertinentes para a área de enfermagem. Procura-se expor as características que teoricamente têm vindo a ser apontadas para uma liderança eficaz.

Estas teorias foram agrupadas em quatro grupos: teorias dos traços; teorias comportamentais (behavioristas); teorias situacionais e teorias da influência-poder. Dentro destes grupos faz-se uma súmula dos modelos que aí se enquadram.

2.3.1 – TEORIA DOS TRAÇOS DE PERSONALIDADE

Desde o princípio do século até ao início da Segunda Guerra Mundial, a investigação sobre liderança andava associada à ideia de que os líderes possuíam qualidades especiais, traços, que os diferenciavam dos subordinados. Assim, a abordagem dos traços (atributos físicos, traços de personalidade, necessidades/motivos e valores) surgiu considerando que algumas pessoas possuem traços de personalidade que as tornam mais aptas à liderança eficaz. Estes traços eram considerados atributos dos líderes naturais. De entre os traços conducentes ao sucesso da liderança foram realçados, durante estudos realizados no período entre as guerras: a inteligência, a criatividade, a fluência verbal, a auto-estima, a estabilidade emocional, a energia, a intuição e a capacidade de persuasão. Estes traços não são, porém, garantia de sucesso. Um líder com determinados traços pode ser eficaz numa dada situação mas ineficaz noutra. Além disso, os estudos demonstraram ainda que, líderes com diferentes traços podem ser bem sucedidos na mesma situação (Azevedo, 2002).

Teixeira (1998) considera que a teoria dos traços de personalidade, ao tentar definir os traços psicológicos, sociais, físicos e intelectuais que diferenciam o líder do não líder, parte da ideia de que se nasce líder e que, portanto, se dispõe de um conjunto de qualidades que favorecem essa capacidade de liderança, o que não será totalmente verdade.

Os vários estudos levados a cabo neste domínio vieram enfatizar duas premissas: primeira, um indivíduo com certos traços tem maior probabilidade de exercer uma liderança eficaz mas, esses não lhe garantem, automaticamente, a eficácia; segunda, a importância relativa dos diversos traços depende das situações concretas (certos traços podem ser importantes em determinada situação e menos importantes noutra). Traços como a inteligência, a auto-confiança, o domínio e o nível elevado de energia registam correlações entre + 0.25 a + 0.35. Apesar desta interessante correlação estatística, ela não só não significa uma previsão definitiva em termos de teoria organizacional, como deixa por esclarecer a causa e o efeito. (Bilhim, 1996).

A teoria dos traços falhou por várias razões: não considera as necessidades dos seguidores, não esclarece a importância relativa dos vários traços, não separa a causa do efeito (os líderes são autoconfiantes ou o sucesso como líder desenvolve a auto-confiança) e ignora os factores situacionais.

As pesquisas realizadas na tentativa de isolar traços de liderança resultaram, assim, em vários becos sem saída. Robbins (1999) refere que uma revisão de 20 estudos diferentes identificou oitenta traços de liderança, mas apenas cinco eram comuns a quatro ou mais das investigações, pelo que talvez fosse um pouco optimista acreditar que existem traços consistentes e únicos que se aplicariam universalmente a todos os líderes eficazes.

Esta abordagem veio, portanto, a desacreditar-se progressivamente, ao verificar-se que os traços de personalidade são escassamente preditores da eficácia dos líderes. Alguns traços aumentam a probabilidade de sucesso como líder, mas nenhum dos traços garante o seu sucesso.

2.3.2 - TEORIAS BEHAVIORISTAS OU COMPORTAMENTAIS

O fracasso da teoria dos traços levou os investigadores a focalizarem-se nos comportamentos que determinados líderes específicos exibiam, imaginando que existia algo peculiar no modo como os líderes eficazes se comportavam. Partia então do pressuposto que, determinados comportamentos específicos diferenciam os líderes dos não líderes (Teixeira, 1998).

A génese das abordagens comportamentais (behavioristas) surge entre a II Guerra Mundial e o início dos anos setenta. Procurava-se saber se é possível formar um líder e o que é necessário para formar um líder, partindo do pressuposto que existem comportamentos específicos observáveis que distinguem o líder do não líder (Duluc, 2000). Estas abordagens dividem-se em dois tipos: um primeiro direccionado para o que fazem os líderes (incluindo-se aqui os estudos de Mintzberg referentes aos papéis dos gestores), o segundo incide sobre os comportamentos que distinguem os líderes eficazes dos ineficazes. Destas duas perspectivas emergiram duas categorias de comportamento: um mais orientado para as tarefas (grau em que o líder define e estrutura o seu trabalho e o dos seus subordinados, tendo em vista o alcance dos objectivos, o outro mais orientado para as pessoas e para os relacionamentos (grau em que o líder age de modo amistoso e apoiante e se preocupa com o bem-estar dos seus subordinados) (Cushway e Lodge, 1998).

Nas abordagens comportamentalistas encontramos os estudos da Universidade de Ohio, que procuraram identificar as dimensões independentes do comportamento do líder e os estudos da universidade de Michigan que tentam identificar as características de comportamento do líder relacionadas com a eficácia.

2.3.2.1 - ESTUDOS DA UNIVERSITY OF OHIO STATE

Os estudos da University of Ohio State foram iniciados no final dos anos quarenta com investigadores que procuraram identificar dimensões independentes do comportamento do líder. Podem ser considerados catalizadores dos estudos que transferiram, do indivíduo para o grupo, a função da Liderança (Penteado, 1973). A análise factorial das respostas obtidas conduziu à identificação de duas categorias que respondiam substancialmente pela maioria dos comportamentos de liderança descritos pelos subordinados: estrutura inicial e consideração.

A “**estrutura inicial**” refere-se à extensão em que um líder tem probabilidade de definir e estruturar o seu papel e o dos subordinados para o

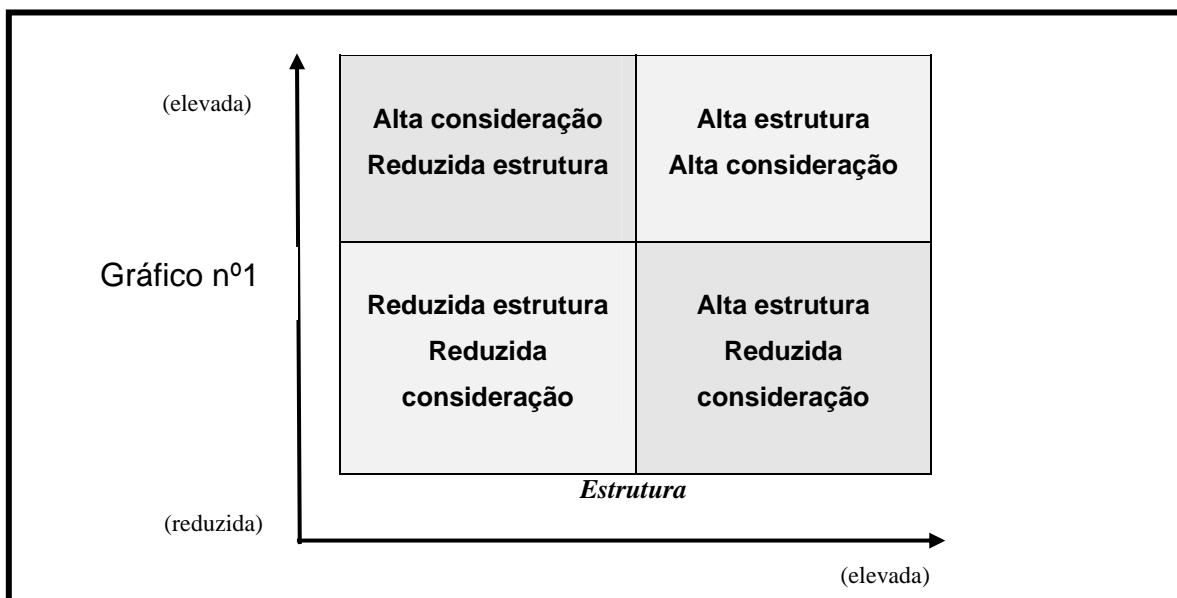
alcance dos objectivos. Um líder com elevada pontuação nesta dimensão significa que frequentemente designa membros de grupos para tarefas especiais, espera que os trabalhadores mantenham níveis definidos de desempenho, dá ênfase ao cumprimento de prazos (Robbins, 1999).

A dimensão “**consideração**” é descrita como a extensão em que um líder tem relações de trabalho de confiança mútua e de respeito pelas ideias e sentimentos dos subordinados. Um líder com elevada pontuação em “consideração” pode descrever-se como alguém que ajuda os subordinados com problemas pessoais, mostra-se amigo e disponível, trata todos os subordinados como iguais (Robbins, 1999).

Na figura seguinte faz-se uma apresentação esquemática do modelo da Ohio State University – figura nº1.

Figura nº1

Representação do modelo de liderança da Ohio State University



Fonte: Adaptado de Ferreira – Liderança-Satisfação: problemática da chefia operacional de um hospital. Açores. Dissertação de Mestrado em Gestão Pública, 2001.

Os estudos de Ohio State demonstraram que líderes com elevada pontuação em estrutura inicial e elevada pontuação em consideração (líderes com estilo alto - alto) originam, geralmente, resultados positivos (elevado desempenho e satisfação).

Rego (1998) critica o modelo referindo que os diversos estudos realizados no sentido de determinar em que medida é que as dimensões (estrutura e consideração) de comportamento se relacionavam com certos critérios de eficácia obtiveram resultados “inconsistentes e inconclusivos”. Sugere-se que os estilos de liderança resultante da conjugação das duas dimensões depende dos condicionalismos da situação objectiva, pelo que os factores situacionais devem ser adicionados à teoria.

2.3.2.2 - ESTUDOS DA UNIVERSITY OF MICHIGAN

Os estudos University of Michigan, coordenados por Likert, foram realizados mais ou menos na mesma época que os da University of Michigan e tinham objectivos similares: localizar características comportamentais de líderes que pareciam estar relacionadas com medidas de eficácia de desempenho. Os investigadores de Michigan também encontraram duas dimensões principais: **orientação para a pessoa** (trabalhador) e **orientação para a tarefa** (produção) (Robbins, 1999).

Os líderes mais orientados para o **trabalhador**, valorizam as relações interpessoais, denotam interesse pessoal pelas necessidades dos seus subordinados e aceitam as diferenças individuais entre os membros. Definem objectivos, transmitem-nos aos subordinados, concedendo-lhes a liberdade necessária à execução das tarefas. Este líder concentra a sua atenção nos aspectos humanos dos problemas dos subordinados e na formação de grupos de trabalho eficazes, capazes de alcançar um elevado desempenho (Cushway, 1998).

Os líderes orientados para a **produção**, tendem a enfatizar os aspectos técnicos ou de tarefa do cargo. O seu principal interesse é o da realização das tarefas, sendo os subordinados o meio para esse fim (Cushway e Lodge, 1998).

Os resultados destes estudos valorizaram os líderes orientados para a pessoa, para o subordinado. A maioria dos grupos com um nível mais elevado de produtividade e satisfação no trabalho eram liderados segundo um estilo orientado para o trabalhador.

Esta visão bidimensional dos estilos de liderança “preocupação com pessoas” e “preocupação com a produção” foi representada graficamente por Blake e Mouton em 1985, vindo a ser publicada em 1991, por Blake e McCann, como grelha da gestão. A *Managerial Grid* (grelha de gestão) proposta tem nove posições específicas ao longo de cada eixo, criando oitenta e uma posições diferentes nas quais se pode encaixar o estilo do líder. A escala não mostra resultados produzidos. Antes, apresenta os factores dominantes do pensamento de um líder com vista à obtenção de determinados resultados (Ferreira, 2001). Segundo esta escala, os líderes mais bem sucedidos são os que preferencialmente adoptam um estilo de 9,9. Nestes casos, o *turnover* é menor, o absentismo reduzido e há maior satisfação dos trabalhadores (Jesuino 1999). Porém, esta escala não garante que este seja o estilo mais eficaz em todas as situações. Bethwell, citado por Ferreira (2001), acrescenta que o estilo ideal de liderança é o de equipa porque permite atingir um ponto de equilíbrio entre as necessidades das pessoas e o trabalho que tem de ser executado.

Os diversos estudos neste domínio geraram resultados inconsistentes. O fracasso destas abordagens parece estar no facto de não reconhecerem mudanças nas situações, ou seja, não reconhecerem que os factores situacionais podem interferir no sucesso da liderança.

2.3.3 – TEORIAS SITUACIONAIS OU DE CONTINGÊNCIA

As teorias situacionais ou de contingência, consideram os factores contextuais importantes para a compreensão da liderança. Postulam que a liderança só pode ser entendida se forem considerados os aspectos da situação que afectam o trabalho do líder e as suas relações humanas. Segundo Chiavenato (1998), estas correntes relacionam os diferentes tipos de liderança com os diferentes tipos de situação, de forma a encontrar as contingências que tornam mais eficaz um ou outro estilo, no pressuposto de que um estilo de liderança mais adequado numa situação, pode não ser o mais eficaz noutra situação. Penteado (1973) entende que o líder é mais um produto das suas condições de vida e época em que viveu do que da sua vontade de poder. O

autor cita Stogdill (um dos nomes mais representativos desta corrente de pensamento) para realçar que as qualidades, características e habilidades exigidas de um líder são amplamente determinadas pela situação em que ele deve agir como líder. Cunha (2003) dividiu este tipo de teorias em duas categorias: numa o comportamento do líder é visto como uma variável dependente da situação, considerando-se a existência de determinados aspectos que afectam o comportamento dos líderes (o grau da estrutura da tarefa que está a ser desempenhada, a qualidade das relações líder subordinado, o poder da posição do líder, a clareza dos papéis dos subordinados, as normas do grupo, a disponibilidade de informação, a aceitação pelos subordinados das decisões do líder e a maturidade dos subordinados); na outra assume-se que diferentes padrões de comportamentos ou traços são necessários em diferentes situações para uma liderança eficaz. As várias abordagens que isolaram variáveis situacionais-chave provaram ter mais sucesso que as outras e, por isso, ganharam reconhecimento mais amplo. De entre elas, destaca-se o modelo de Fiedler, a teoria situacional de Hersey e Blanchard, a teoria da relação líder-membro e os modelos de caminho-objectivo e de participação do líder.

2.3.3.1 - MODELO CONTINGENCIAL DE FIEDLER

Fiedler desenvolveu, em meados dos anos 60, o mais alargado modelo contingencial sobre liderança. Segundo o modelo contingencial de Fiedler, o desempenho eficaz do grupo depende da combinação adequada entre o estilo de interacção do líder com os seus subordinados e o grau em que a situação permite o controlo e a influência do líder. Não existe, nesta perspectiva, um estilo ideal de liderança. Os estilos eficazes de liderança são situacionais (Dias, 2001).

Segundo o investigador, existem três variáveis que parecem determinar a eficácia do líder: as suas relações pessoais com os membros do grupo (relação líder-membro, grau de confiança e respeito dos subordinados para com o líder); o grau de estruturação da tarefa atribuída ao grupo (grau em que a atribuição de uma função se encontra formalizada); o poder e autoridade proporcionados pela posição do líder (poder de posição, nomeadamente, de contratar, despedir,

promover, ...). Estas três dimensões da situação foram integradas numa escala única (Least Preferred Co-worker) que varia desde situações mais favoráveis ao líder (nas quais o líder detém bastante poder de posição face aos membros do grupo que dirige e que apresenta uma tarefa bem definida), até situações menos favoráveis ao líder (nas quais o líder não é apreciado, tem pouco poder de posição e dirige o grupo cuja tarefa é pouco estruturada) (Dias, 2001).

Fiedler, nos seus trabalhos conclui que, quanto melhor for a relação com os membros, mais estruturada for a função e forte a posição de poder, mais controlo ou influência o líder disporá. Por outro lado, os líderes orientados para a tarefa são bem sucedidos quer em situações muito favoráveis, quer em situações muito desfavoráveis. Pelo contrário, os líderes orientados para as relações apenas são bem sucedidos nas situações intermédias, nem favoráveis, nem desfavoráveis. Fiedler ao pressupor que o estilo de liderança do indivíduo é fixo, propõe que, se determinada situação exigir um líder mais orientado para a tarefa mas a pessoa que ocupa a posição de líder é mais orientada para as relações, ou a situação tem que ser modificada ou o líder removido e substituído, se se pretender atingir uma eficácia óptima (Robbins, 1999).

O modelo de Fiedler veio suprimir o carácter redutor das abordagens anteriores e demonstrou que o líder eficaz é aquele com capacidade de se ajustar a um grupo particular de pessoas, sob condições diversas.

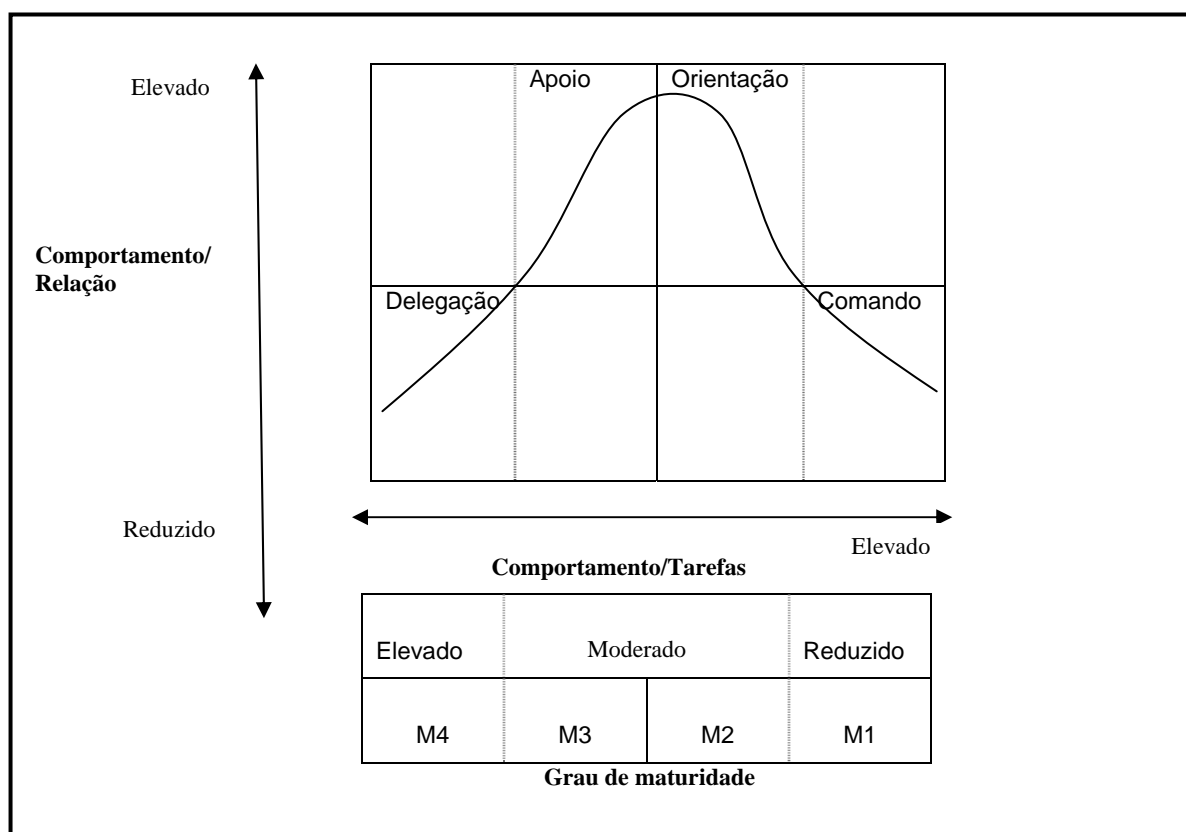
2.3.3.2 - TEORIA SITUACIONAL DE HERSEY E BLANCHARD

Paul Hersey e Kenneth Blanchard desenvolveram uma teoria situacional da liderança que tem tido considerável aceitação por um número elevado de especialistas em comportamento organizacional. Baseia-se na premissa de que o estilo de liderança mais eficaz varia de acordo com a maturidade dos subordinados e com as características da situação (Teixeira, 1998). Este modelo utiliza, à semelhança dos estudos da universidade de Ohio e da grelha de gestão de Blake e Mouton, duas dimensões: comportamento de tarefa e comportamento de relação. Hersey e Blanchard defendem que a eficácia de um líder advém da sua capacidade em diagnosticar correctamente a situação e o nível de maturidade

dos subordinados, de modo a adoptar o estilo de liderança mais apropriado (Dias et al, 1995). Esta teoria assenta na combinação entre o grau de comportamento orientado para tarefas exibido pelo líder; o grau de comportamento relacional e o nível de maturidade (disposição para aceitar as responsabilidades) dos subordinados. O estilo de liderança mais adequado varia de acordo com o grau de maturidade dos subordinados. Este modelo propõe, então, quatro estilos diferentes de liderança correspondentes a quatro fases de maturidade dos subordinados (Hersey, 1986) – figura nº2.

Figura nº 2

Representação do Modelo de Liderança de Hersey e Blanchard



Fonte: Teixeira – Gestão das Organizações. Alfragide: Mcgraw-hill, 1998.

Através da figura verifica-se que, à medida que os subordinados vão atingindo níveis mais elevados de maturidade, o líder responde reduzindo o controlo sobre as actividades e diminuindo também o grau de relação. Comparando este modelo com a grelha de gestão de Blake e Mouton, o estilo

“comando” corresponde ao 9,1; o estilo “orientação”, ao 9,9; o estilo “participação”, ao 1,9, e o estilo “delegação”, ao 1,1 (Asanome, 2001).

Esta teoria mostra-se interessante na medida em que é dinâmica e flexível e incentiva à avaliação frequente da motivação, da capacidade e da experiência dos subordinados de forma a determinar o(s) estilo(s) mais adequados, tendo em consideração as necessidades dos subordinados e a especificidade da situação. Perfila da ideia que estilos de liderança apropriados motivam os subordinados e ajudam-nos a amadurecer.

2.3.3.3 - TEORIA DA TROCA LÍDER-MEMBRO

A teoria da troca líder-membro postula que, os líderes tratam os seus subordinados de modo diferente. Ou seja, líderes e subordinados desenvolvem relações didáticas que influenciam o comportamento de ambos. O factor tempo mostra-se determinante nesta diferença. Ao longo do tempo, os líderes acabam por estabelecer uma relação especial com um pequeno grupo de subordinados (subgrupo interno). Este subgrupo consegue obter uma quantidade desproporcional da atenção do líder, face aos restantes elementos (subgrupo externo), resultando desta relação uma maior probabilidade de receberem privilégios especiais. Os elementos incluídos no subgrupo externo não conseguem manter tanto tempo com o líder, pelo que usufruem menos das recompensas em poder do líder e as suas relações com o líder são baseadas na autoridade formal (Cunha et al, 2003).

Esta teoria defende que, no início da interacção líder-subordinado, o líder inicia um processo implícito de catalogação dos subordinados como elementos “internos” ou “externos” e essa relação permanece relativamente estável ao longo do tempo. Esta categorização evidencia de que os líderes tendem a escolher membros de dentro porque eles têm características pessoais (idade, sexo, atitudes, ...) similares às do líder, um nível mais alto de competência do que os membros de fora e/ou uma personalidade extrovertida (Robbins, 1999). A teoria prevê ainda que, subordinados pertencentes ao grupo interno terão índices mais elevados de desempenho, menos rotatividade e maior satisfação com os seus

superiores. A investigação sobre o modelo sugere que, de facto, a pertença ou não a estes grupos está associada à realização e à motivação no trabalho.

2.3.3.4 - TEORIA CAMINHO-OBJECTIVO

A teoria caminho objectivo é, actualmente, uma das abordagens de liderança mais respeitadas e foi desenvolvida por House (1971). Trata-se de um modelo contingencial de liderança que retira os elementos-chave dos estudos da Universidade de Ohio (estrutura inicial e consideração) e parte do pressuposto que o líder é aceite pelos subordinados na medida em que eles possam ver isso como fonte da sua imediata ou futura satisfação. Nesta perspectiva, o comportamento do líder é motivacional porque, em primeiro lugar, o subordinado necessita da satisfação oriunda da sua realização eficaz; em segundo lugar, porque o líder apoia, orienta e ensina (Cunha et al, 2003). A essência da teoria assenta na ideia que é função do líder ajudar os subordinados a alcançarem as suas metas pelo que devem fornecer a direcção e/ou apoio necessários para assegurar que as suas metas são compatíveis com os objectivos gerais do grupo ou organização. O termo caminho-objectivo demonstra a crença de que os líderes eficazes esclarecem o caminho para ajudarem os subordinados a progredirem de onde estão até aos objectivos definidos, pelo caminho mais fácil, sem barreiras nem armadilhas (Vergara, 2000).

A teoria assenta em duas preposições gerais:

- a) o comportamento do líder é aceitável e satisfatório para os subordinados, na medida em que estes apreendam tal comportamento como uma fonte imediata de satisfação ou como instrumento para uma futura satisfação;
- b) o comportamento do líder deverá ser motivacional. Assim, pode aumentar o esforço dos subordinados.

Daqui compreende-se que o líder deve motivar os subordinados para trabalharem mais e melhor, aumentando a satisfação e levando-os a aceitar a sua liderança. O líder é, neste processo, a pedra basilar para melhorar a motivação, a

satisfação e o desempenho dos subordinados. Segundo Teixeira (1998), são quatro os estilos de comportamento que o líder pode adoptar:

- a) **directivo** – o líder faculta orientações específicas, agenda e coordena o trabalho, obriga os subordinados a seguirem as regras e os procedimentos, comunica o que é esperado dos subordinados e fornece orientação quanto à forma de executar o trabalho; o subordinado, não participa na tomada de decisão.
- b) **apoiente** – o líder preocupa-se com os seus subordinados, tem em consideração as suas necessidades, mostra apreço pelo seu bem-estar e cria uma atmosfera de trabalho afável.
- c) **participativo** – o líder solicita, recebe e utiliza as sugestões dos subordinados para tomar decisões.
- d) **orientador** para a realização – o líder define os objectivos desafiantes para os seus subordinados e espera que estes as realizem no seu nível mais elevado.

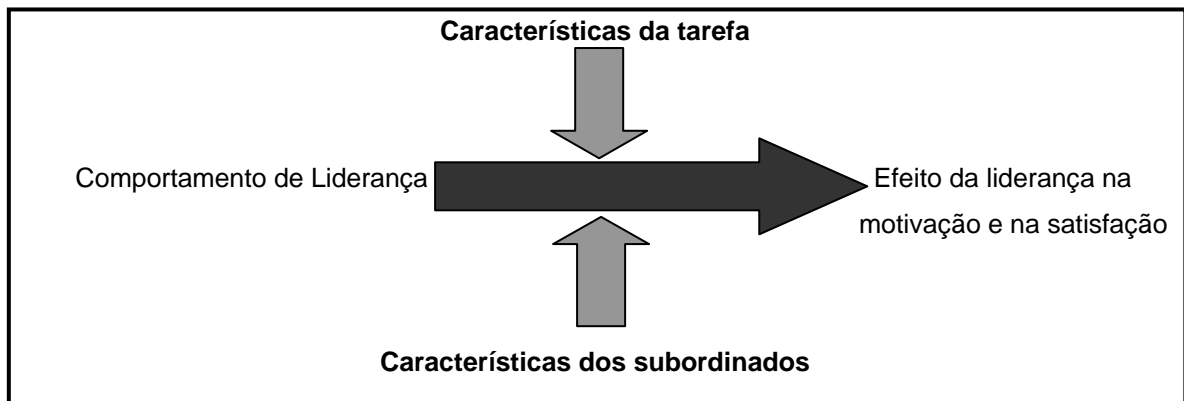
Qualquer dos comportamentos acima mencionados só resulta numa liderança eficaz se o líder tiver em conta a especificidade da situação. Assim, é aceitável que um enfermeiro-chefe adopte um comportamento directivo com um enfermeiro recém integrado no serviço. Torna-se necessário integrá-lo, orientando as suas tarefas, porque o desconhecimento não lhe permite participar nas decisões. Em contrapartida, se o enfermeiro-chefe estiver perante um subordinado já experiente, então o seu comportamento deverá ser antes apoiante, ajudando o enfermeiro a alcançar os objectivos autopropostos.

A natureza da situação com que o líder se defronta depende de características do ambiente (tipo de trabalho a realizar, sistema formal de autoridade, grupo de trabalho) e de características dos subordinados (grau de controlo, experiência e aptidões) (Teixeira, 1998).

Na figura seguinte faz-se uma representação esquemática da teoria caminho-objectivo – figura nº3.

Figura nº3

Representação da Teoria Caminho-objectivo



Fonte: Adaptado de Teixeira – Gestão das Organizações. Alfragide: McGraw-Hill, 1998.

Segundo Bilhim (1996), esta teoria levantou algumas hipóteses que interessa mencionar:

1. o líder directivo suscita maior satisfação se a tarefa for ambígua, do que se for estruturada e bem definida;
2. o líder apoiante provoca maior realização e satisfação dos subordinados quando estes executam trabalhos estruturados;
3. quanto mais burocrática e formal for a relação de autoridade, mais o líder deve apoiar os subordinados;
4. o líder directivo provoca maior satisfação quando existe conflito no grupo;
5. os subordinados com um locus interno de controlo (acreditam que controlam o seu destino) sentem-se mais satisfeitos com um estilo de liderança participativo;
6. os subordinados com um locus externo de controlo, ficam mais satisfeitos com um estilo de liderança directivo;
7. o líder orientado para a realização, aumenta a expectativa dos subordinados de que o esforço, quando a função é mal estruturada, conduz a maior realização.

Bilhim (1996) acrescenta que, a investigação feita sobre este modelo confere suficiente prova empírica e valida a lógica subjacente à mesma de que a realização e a satisfação dos subordinados aumenta quando o líder compensa as suas carências ou as do trabalho.

2.3.3.5 - TEORIA DO LÍDER-PARTICIPAÇÃO

Em 1973, Vroom e Yetton desenvolveram um modelo normativo do líder-participação (porque fornece um conjunto sequencial de regras que deve ser seguido para determinar o grau e a forma de participação desejados na decisão a tomar). Este modelo relaciona comportamento e participação de liderança com tomada de decisão. Mais tarde, em 1988, o modelo foi revisto e melhorado por Jago.

O modelo de Vroom/Yetton/Jago coloca o acento tónico no grau de participação que os subordinados devem ter nas tomadas de decisão, de modo a torná-las mais eficientes e eficazes. Relaciona, assim, o comportamento de liderança e a participação na tomada de decisão (Cunha et al, 2003).

Reconhecendo que a estrutura das tarefas pode ser mais ou menos rotineira, estes investigadores defendem que os líderes, para serem eficazes, devem ajustar o seu comportamento a esta estrutura (Dias, 2001).

Asanome (2001) acrescenta que, para uma aplicação correcta do modelo e para se alcançarem decisões eficazes, devem ser tomadas em consideração: a qualidade e a racionalidade da decisão; a aceitação ou o comprometimento dos subordinados para executar a decisão eficazmente e o tempo que é gasto em decidir. Os processos de decisão de que o líder dispõe para resolver um problema podem ser de três tipo: A (de autoridade), C (de consultivo) e G (de grupal). Cada um contém variações no seu estilo de decisão. Na tabela seguinte (nº8), faz-se a apresentação dos vários tipos de decisão e a respectiva caracterização.

Tabela nº8

Representação dos Processos de Decisão (Modelo Vroom, Yetton/Jago)

<i>Tipos</i>	<i>Definição</i>	<i>Caracterização</i>
AI	Decisão autocrática pura	O líder toma a decisão sozinho, utilizando a informação disponível.
AII	Decisão autocrática mitigada	O líder decide individualmente. Todavia, previamente procura informação junto dos seus subordinados. Não lhes refere, necessariamente, qual o problema a resolver; apenas busca factos – não o seu conselho.
CI	O líder consulta, individualmente, os subordinados, mas decide sozinho	O líder descreve o problema a cada subordinado e solicita-lhes ideias e recomendações. Porém a decisão final é dele, podendo reflectir ou não a posição dos subordinados.
CII	O líder consulta o grupo mas decide por si.	O líder consulta os subordinados em grupo e recebe as sugestões e recomendações. Porém, a decisão final é dele, reflectindo ou não a posição dos subordinados.
GII	Decisão concordante com a opinião do grupo	O líder discute a situação com o grupo e ajuda-o a tomar a decisão. Procura-se uma solução consensual. O líder não influencia o grupo a adoptar uma solução, antes, aceita e implementa qualquer decisão que tenha o apoio de todo o grupo.

Fonte: Adaptado de Rego – Liderança nas Organizações. Universidade de Aveiro, 1998.

Segundo este modelo, à medida que a participação e a influência dos subordinados aumentam, a motivação também aumenta, de forma a implementar a decisão (Vergara, 2000). Assume-se, por conseguinte, que da participação conjunta resultam melhores decisões, desde que os subordinados estejam na

posse de informação relevante para a decisão e que tenham vontade e empenhamento em cooperarem com o líder na tomada de decisão.

2.3.4 – TEORIAS DA INFLUÊNCIA-PODER

Relativamente às abordagens influência-poder, estas determinam que a eficácia de um líder depende da sua capacidade para influenciar os subordinados, superiores, pares ou clientes. Esta capacidade está relacionada quer com as bases de poder de que o líder dispõe, quer com a forma como as põe em prática (táticas que utiliza). São vários os autores que entendem que o processo de influência não é unidireccional, ou seja, que os líderes influenciam os subordinados mas também estão sujeitos à influência destes (Cunha et al, 2003). Segundo estes autores, os líderes eficazes utilizam um *mix* de diferentes bases de poder, recorrendo a bases de poder diferentes para situações diferentes. Porém, os estudos efectuados levam a concluir que os líderes eficazes realçam o poder das competências especializadas e o poder referente (Ferreira, 2001). Quanto à forma como são colocadas em prática as táticas de influência, parece que estas podem despoletar no destinatário resistência (o alvo opõe-se, activa ou passivamente, ao que o agente propõe ou solicita), obediência (o alvo dispõe-se a realizar o que lhe é solicitado mas, sem entusiasmo, concretiza com o mínimo de esforço) ou empenhamento (o alvo concorda com a decisão do agente e empenha-se na sua implementação). Determinada tática pode ser apropriada numa situação e noutra não. Porém, indicam-se como contraproducentes as táticas arrogantes e manipulativas, possíveis ameaçadoras da auto-estima dos subordinados ou causadoras de ressentimentos, resistência ou indiferença (Rego, 1998).

2.3.5 – LIDERANÇA TRANSACCIONAL VERSUS LIDERANÇA TRANSFORMACIONAL

Até aos anos 80, os estudos sobre liderança carismática (transformacional) reportavam-se quase exclusivamente à área política e da liderança de movimentos sociais e religiosos. Todavia, recentemente, já são vários os autores

que se têm debruçado sobre a liderança carismática ao nível organizacional, tornando-se um tópico popular na literatura recente sobre liderança (Azevedo, 2002). Este tipo de liderança refere-se ao processo de influência através do qual o líder gera grandes mudanças nas atitudes e assunções dos seus seguidores, levando-os a comprometerem-se entusiasticamente com os objectivos e missão da organização (Luthans et al, 1997). Na liderança transformacional, o líder é a pessoa que o subordinado resolve seguir para ir a um lugar que não iria sozinho. O líder ajuda as pessoas a transformarem as suas próprias realidades e ao mesmo tempo a transformarem o meio onde vivem, a partir de objectivos comuns, construídos colectiva e conscientemente. O líder transforma o subordinado tornando-o mais consciente relativamente ao valor e importância do trabalho, levando-o a ultrapassar os seus próprios interesses em benefício da organização ou do grupo, ou activando as necessidades de mais alto nível que os subordinados possuem. É um tipo de liderança que exige acompanhamento colectivo do processo e tomada de decisões, e no qual a aprendizagem é partilhada (Asanome, 2001).

Aceita-se que alguns traços dos líderes tendem a aumentar o carisma mas, é o contexto que os torna relevantes para as necessidades dos seus subordinados. Ou seja, traços iguais em indivíduos diferentes podem significar diferentes percepções de liderança. Os líderes transformacionais eficazes apelam a ideais elevados e valores morais (liberdade, justiça, paz, igualdade) de forma a elevar a consciência dos seus subordinados. Reconhecem a necessidade de revitalizar a organização, criando uma visão nova da organização, que depois implementam e institucionalizam. Na literatura relativa a esta temática parece consensual que o carisma, apesar de ser um ingrediente necessário da liderança transformacional, não é, por si só, suficiente para conferir características transformacionais ao indivíduo.

Wofford et al (1998) concebe a liderança transformacional como um processo no qual líder e subordinados elevam bilateralmente os níveis de moralidade e de motivação. Nesse processo, os líderes apelam a ideais de liberdade, justiça, igualdade e paz.

A liderança transformacional baseia-se numa visão inspiradora onde o líder desenvolve um compromisso conjunto entre a comunidade interna e externa da organização, implementa estratégias para alcançar uma visão que motiva os subordinados a prestarem níveis de desempenho significativamente mais elevados do que os esperados (Azevedo, 2001).

Liderança transaccional e liderança transformacional não devem ser consideradas abordagens opostas (Robbins, 1999). A liderança transformacional que é construída sobre a liderança transaccional produz níveis de desempenho dos subordinados que vão além do que ocorreria com apenas uma abordagem transaccional.

Steers et al (1996), citando Hollander, defendem que a liderança transformacional pode ser entendida como uma extensão da liderança transaccional. A diferença fundamental entre as duas é que os líderes transformacionais desenvolvem e projectam uma visão de futuro, com energia e motivação suficientes para encorajar os outros a contribuir para essa nova direcção. Despertam interesses transcendentais nos subordinados e elevam os seus níveis de necessidades e aspirações. Assim, conseguem obter um nível elevado de satisfação e de eficácia. É um tipo de liderança exigida em momentos de mudanças significativas. Enquanto a liderança transformacional está centrada em finais (liberdade, equidade, ...), a transaccional centra-se nos valores instrumentais (honestidade, responsabilidade, coragem, ...). A liderança transaccional é descrita como a habilidade de lidar diariamente com as situações, sendo igualmente importante na direcção efectiva de uma organização. O líder transaccional induz o desejo de realização entre os subordinados, pela negociação e pela troca de recompensas tangíveis (Robbins, 1999).

Na tabela seguinte (nº9), faz-se uma súmula conclusiva das diferenças entre os líderes transaccionais e os líderes transformacionais.

Tabela nº9

Líderes transaccionais versus líderes transformacionais

<i>Liderança Transaccional</i>		<i>Liderança Transformacional</i>	
<u>Recompensa contingencial</u>	promete recompensas para o bom desempenho.	<u>Carisma</u>	Fornece visão e sentido de missão, ganha respeito e confiança
<u>Gestão por excepção (activo)</u>	procura infracções a regras e padrões e penaliza por isso.	<u>Inspiração</u>	Comunica altas expectativas, expressa propósitos importantes de formas simples.
<u>Gestão por excepção (passivo)</u>	apenas intervém se os padrões de qualidade não são alcançados.	<u>Estímulo intelectual</u>	Promove a inteligência, a racionalidade e a solução cuidadosa dos problemas.
<u>Laissez-faire</u>	abdica de responsabilidades e evita tomar decisões.	<u>Consideração individualizada</u>	Presta atenção pessoal, considera cada subordinado individualmente.

Fonte: Adaptado de Robbins– Comportamento Organizacional. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1999.

O processo de liderança transaccional é compreendido como a ocorrência de transacções mutuamente gratificantes entre líderes e subordinados, dentro de um determinado contexto situacional. O líder conduz os seus subordinados na direcção das metas e esclarece as exigências de papel e de tarefa. Os líderes transaccionais baseiam o seu poder na autoridade que lhes advém do poder de posição.

Mas, a liderança moderna não assenta apenas em aspectos como a produtividade, os conhecimentos técnicos, a qualidade total, a competitividade e o planeamento estratégico. De facto, o líder contemporâneo integra fundamentalmente dois papéis: o de educador (estimulando o desenvolvimento das competências individuais dos seus subordinados) e o de visionário (assinalando o caminho futuro, transmitindo a missão e os valores da organização, do grupo ou da comunidade). Este estilo visionário do líder permite transparecer para os subordinados, uma visão realista e atraente, fundamental na promoção da motivação.

2.3.6 – NOVA ABORDAGEM À LIDERANÇA: LIDERANÇA VISIONÁRIA

Segundo Mota (1991), liderança visionária envolve uma visão globalizada e ampla da organização. Através do alinhamento de metas e objectivos com a equipa, o líder é capaz de visualizar as tarefas, dividir prioridades e responsabilidades e criar regras básicas de conduta rumo aos objectivos delineados. Isto requer a habilidade de lidar com a incerteza e conflitos, de gerir relacionamentos e de comunicar com clareza. A liderança visionária tem três elementos fundamentais: visão, foco e implementação de objectivos. (Taylor; Machado, 2006 citando Neumann and Neumann, 2000).

Asanome (2001) acrescenta que o líder visionário é, pois, aquele que tem a capacidade de explicar a visão realista, crível e atraente aos outros, verbalmente e através do próprio comportamento, estendendo a visão para diferentes contextos de liderança. Define um objectivo comum e depois comunica com eficácia uma visão, de modo a que os membros da equipa venham a partilhá-la, motivados e mobilizados, como se fosse a sua própria visão.

A liderança visionária é, portanto, a habilidade de criar e articular uma visão de futuro, realista, digna de crédito e atraente, que cresce a partir do presente e se aperfeiçoa. Essa visão ao instigar as habilidades, os talentos e os recursos da organização, serve de catalizador para o futuro.

Actualmente, face ao contexto de profundas e contínuas mudanças tecnológicas, governamentais e económicas, o líder onisciente mostra-se obsoleto. Ser líder eficaz requer, hoje, um delicado equilíbrio entre vários papéis distintos do líder eficaz. Nanus (2000) a propósito do líder visionário, delimita quatro papéis fundamentais: o de indicador de direcção, o de agente de mudança, o de porta – voz e o de treinador.

Como indicador de direcção, o líder selecciona e articula o alvo no futuro ambiente externo, para onde a instituição deve dirigir as suas energias, sendo esse o significado da visão. Neste papel, o líder deve ser capaz de se fazer reconhecer com símbolo de progresso real para a instituição. Se assim for, conseguirá estabelecer uma visão tão convincente que todos o ajudarão a concretizar. Como capacidades necessárias para sintetizar uma visão, o autor

salienta: a flexibilidade nas reacções face às situações, o aproveitamento das situações fortuitas, a capacidade para decifrar mensagens ambíguas e de sintetizar conceitos novos a partir dos antigos – novas ideias. Os passos a percorrer na síntese de uma visão devem, segundo o mesmo autor, passar pela elaboração de um mapa mental com a totalidade das visões possíveis e alternativas, seguindo-se a tentativa de as combinar variadamente, ordenando-as, posteriormente, em função do que parece mais promissor e finalizando na comunicação e discussão com os subordinados.

Como agente de mudança, o líder é responsável por catalizar as mudanças no ambiente interno (recursos, instalações...) para que a visão se realize no futuro. Deve prever os acontecimentos no mundo externo, avaliar as suas aplicações na organização, criar prioridades para as mudanças que a visão exige, promover a experimentação e “energizar” as pessoas para efectuarem as mudanças necessárias, sem esquecer de imprimir a flexibilidade à empresa e às operações e incentivar os subordinados a correrem um risco prudente.

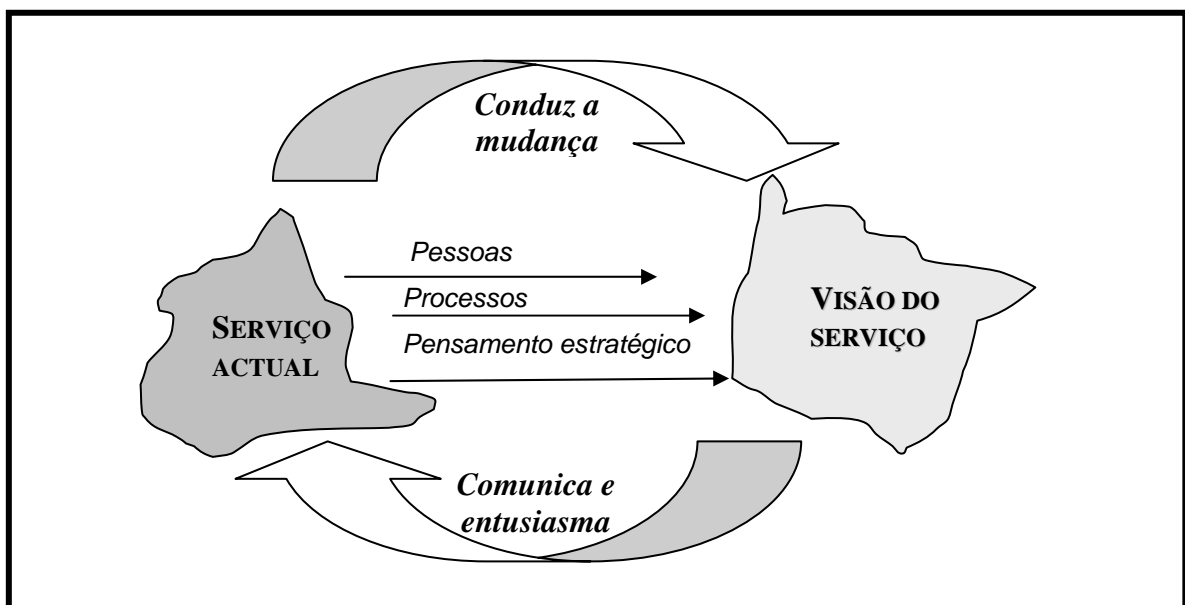
Como porta-voz, o líder deve ser um hábil orador, um ouvinte atento e incorporador da visão da organização. Deve ser o principal defensor e negociador dos interesses da organização e da sua visão junto dos elementos externos. A construção de redes de relações externas para fornecer recursos, ideias, apoio ou informações úteis à organização, é uma das principais tarefas destes líderes.

O papel de treinador diz respeito ao relacionamento do líder com os seus subordinados. A principal finalidade da sua actuação é investir as pessoas de “*empowerment*”, para que estas actuem em prol da nova visão. O líder é o formador da equipa, é quem “energiza” os elementos da organização e serve de exemplo para aqueles cujos esforços são necessários para tornar a visão uma realidade. Para ser eficaz, o líder deve informar as pessoas quanto à sua posição, que significado tem para si a visão e o que irá fazer para torná-la realidade. Deve também estar comprometido com o sucesso de todos os elementos da organização, respeitando-os, construindo confiança, ajudando-os a aprender e crescer para que a visão se realize. Deverá ainda tomar decisões e assumir compromissos adequados à visão da organização: determinar quem designa os grupos e as tarefas, alocar rapidamente recursos e apoio para as equipas

preocupadas com a visão, projectar um sistema de incentivos, estruturar e designar a forma como serão definidas as funções entre as equipas de trabalho, determinar quem irá chefiar as equipas e definir metas e expectativas associadas a cada departamento da organização.

Seguindo a linha que tem vindo a ser traçada, a liderança bem sucedida necessita de ter forma e função, processo e propósito. Para isso é necessária uma visão claramente definida e articulada do futuro da organização - liderança visionária (figura nº4).

Figura nº4
Liderança visionária



Fonte: Adaptado de Johnston et al – Administração de Operações de Serviço. Editora Atlas. São Paulo, 2002.

Foram apresentadas as teorias da liderança que mais se adequavam ao tema em estudo. Agora, é importante compilar as características mais apontadas como promotoras da eficácia dos líderes. Só assim se poderá influir sobre a sua importância, influência e pertinência para a motivação dos subordinados.

2.3.7 - LIDERANÇA EFICAZ

Segundo Marques (1997), o estilo de liderança deverá ser ajustado em função de três variáveis: líder, subordinado e contexto. O líder eficaz muda de estilo consoante as pessoas, e, para a mesma pessoa, muda também consoante as tarefas. O autor refere ainda que os aspectos chave para uma boa liderança são a flexibilidade e o saber fazer o diagnóstico da fase de desenvolvimento em que se encontram os subordinados. Isto permitirá ao líder optar pelo estilo de liderança mais eficaz: directivo, de orientação, de apoio ou delegação. O líder eficaz funciona numa organização em pirâmide invertida, onde todos trabalham para um fim e não para quem está no topo. Ajuda os subordinados a vencer, pois assim vencerá também.

Nanus (2000), relativamente à liderança eficaz acentua também a importância da visão de futuro realista e atraente. Acredita que os líderes eficazes adoptam visões novas, desafiadoras e comunicam-nas aos seus subordinados. Desta forma conseguem persuadi-los a assumirem o compromisso com essas novas direcções, mostrando-se disponíveis para colaborar com os seus recursos e capacidades no sentido de as tornar realidade. Segundo o autor, é desta forma que os líderes eficazes constroem instituições duradouras e transformam o mundo.

Seguidamente sintetiza-se o conceito de líder eficaz segundo diversos autores – tabela nº 10.

Tabela nº10
Líderes eficazes

<i>Autor</i>	<i>Definição de líderes eficazes</i>
<u>Platão</u>	São reis da filosofia.
<u>Machiavel</u>	São exerceedores de poder, indivíduos que empregam a manipulação, exploração e desonestidade para realizar os seus próprios fins.
<u>Weber</u>	São pessoas com carisma (poder espiritual especial ou qualidade pessoal que dá ao indivíduo influência sobre grande número de pessoas).
<u>Taylor</u>	Vêem a administração como uma ciência.
<u>DePree</u>	Vêem a administração como uma arte.
<u>Druker</u>	São capazes de realizar as funções de administrar, planejar, organizar, dirigir e avaliar.
<u>Appley</u>	Dominam a arte de fazer com que as coisas sejam feitas pelas outras pessoas.
<u>McGregor</u>	Compreendem o lado humano da empresa.
<u>Likert</u>	São capazes de estabelecer sistemas eficazes de administração.
<u>Blake e Mouton</u>	Escolhem um estilo de liderança que reflecte a preocupação com a produção e com a pessoa.
<u>Kanter</u>	São mestres em mudanças.
<u>Bennis e Nanus</u>	Têm visão e são capazes de traduzir a visão em acção.
<u>Burns</u>	São capazes de estimular os subordinados no que têm de melhor.
<u>Deming</u>	Ajudam outros a fazer trabalho de qualidade.

Fonte: Adaptado de Hit – The model leader: a functioning person. Journal Leadership & Organization and Development. Bradford, 1993.

Asanome (2001) ao discorrer sobre a liderança eficaz, aconselha um delicado equilíbrio composto por quatro partes, dentro do qual o líder deve ser capaz de:

1. se relacionar habilmente com todos os subordinados que a ele recorrem na procura de orientação, incentivo ou motivação;
2. aproveitar ao máximo o ambiente externo, estabelecendo relações amistosas com as pessoas externas à sua instituição mas que possam influenciar o seu sucesso;

3. exercer influência sobre todos os aspectos referentes a operações da instituição(sistemas de controlo de qualidade, estruturas organizacionais, sistemas de informação);
4. prever o futuro, por forma a conseguir avaliar e preparar-se para as mudanças (de recursos, de tecnologias).

Peters (1995) conduz-nos a acreditar que os líderes de futuro serão mais democráticos, mais humildes e menos resistentes à mudança. Possuirão excelentes capacidades de condução de pessoas, apostarão na formação contínua, na promoção e na aprendizagem na organização. Na sociedade actual de globalização, onde a inovação é decisiva, é importante que os líderes substituam poder e autoridade por responsabilidade e motivação dos funcionários. Um dos objectivos principais do líder é, como já tem vindo a ser referido, conseguir a motivação dos subordinados. Os seus estados de espírito e a harmonia do ambiente em que trabalham são fundamentais para o sucesso do líder. Liderança e motivação deveriam, por conseguinte, formar um binómio inseparável. A importância desta relação liderança/motivação, é de seguida explorada sob a forma de uma pequena reflexão teórica, recorrendo-se às evidências de estudos nacionais e internacionais.

2.4 - LIDERANÇA E MOTIVAÇÃO: QUE RELAÇÃO?

Nos últimos anos, motivação e liderança têm recebido especial atenção por parte dos investigadores, na medida em que se começou a verificar que estão intimamente relacionadas com factores comportamentais altamente relevantes no funcionamento das organizações contemporâneas (Bergamini, 1997). Se por um lado, existem aspectos da motivação que são fortemente afectados por variáveis da liderança, por outro, também algumas consequências da liderança se fazem transparecer na motivação (Pereira, 1998).

Segundo Loenert (s.d.), actualmente as organizações procuram bons relacionamentos entre os seus funcionários, incentivam o trabalho em equipa e enfatizam a importância dos líderes neste trabalho. O autor acrescenta ainda que,

qualquer que seja o estilo de liderança aplicado, é necessário o comprometimento de toda a organização.

Hersey e Blanchard (1986) seguem esta linha de raciocínio referindo que o líder deve ser capaz de criar um ambiente propício à integração e ao trabalho colectivo, fazendo com que o grupo se sinta disposto e estimulado para o alcance de determinado objectivo. Neste sentido, o enfermeiro chefe tem um papel fundamental e delicado perante a equipa, pois a ele lhe cabe a responsabilidade de criar meios e formas de os motivar. Pereira e Fávero (2001), a este propósito, acrescentam que, na prática diária do enfermeiro, caracterizada por actividades que exigem alta interdependência, a motivação surge como aspecto fundamental na procura de maior eficiência e, consequentemente, de maior qualidade na assistência de enfermagem prestada, aliada à satisfação dos profissionais.

Estudos recentes sugerem que o nível de motivação dos profissionais de saúde se relaciona positivamente com a satisfação dos utentes e com o próprio envolvimento nos tratamentos médicos (Seo, 2003).

Loenert (s.d.) acredita que não existem fórmulas mágicas que garantam elevados níveis de motivação, porém, gestores e investigadores concordam que a implementação de qualquer projecto de motivação organizacional só será bem sucedido se o líder for eficaz e capaz de obter a colaboração e o entusiasmo dos seus colaboradores na prossecução dos objectivos do projecto. O líder tem o importante papel de levar as pessoas a contribuir de forma efectiva para os objectivos da organização. Para isso, é necessário conhecê-las e motivá-las de acordo com as suas características próprias (ambições, necessidades, atitudes, desejo de responsabilidade, conhecimentos, ambiente familiar, religião...). Só conhecendo as motivações dos seus subordinados será possível ir ao encontro dos seus interesses. Em qualquer organização, o ideal seria conseguir uma forte liderança com elevada motivação.

Chiavenato (1999), discorrendo sobre o assunto, afirma que as pessoas diferem quanto ao seu impulso motivacional básico e o mesmo indivíduo pode ter diferentes níveis de motivação passíveis de variar ao longo do tempo. Ou seja, o nível de motivação varia entre as pessoas e, numa mesma pessoa, pode variar através do tempo.

Nas organizações é fundamental que os líderes promovam a compatibilidade e a consistência dos requisitos individuais dos subordinados com os objectivos organizacionais delineados. As pessoas motivadas para o trabalho dispõem-se a exercer elevados níveis de esforço para atender os objectivos da organização e, simultaneamente, os seus próprios interesses. Por conseguinte, os líderes capazes de manter os subordinados com elevados níveis de motivação são aqueles que criam um ambiente de trabalho com objectivos compatíveis com os motivos (necessidades) específicos dos seus subordinados. Os motivos são os porquês do comportamento. Provocam e mantêm as actividades, determinando a orientação geral das pessoas. Os motivos ou necessidades são as molas propulsoras da acção. É importante que o líder conheça as diferenças entre os seus subordinados pois, estímulos fortemente positivos para uns podem ser absolutamente indiferentes para outros. As pessoas, para além de divergirem no modo de ver as coisas, mudam de opinião e necessidades ao longo do tempo. Ou seja, algo que era motivador antes de satisfeito, deixa de sê-lo depois de resolvido, podendo voltar a ter peso em situações futuras (Pereira, 1998).

A motivação representa, pois, um elemento chave da eficácia do líder. Portanto, é fundamental que o enfermeiro-chefe viabilize ao máximo o potencial motivacional dos seus subordinados. Para isso deve estar atento e predispor-se à descoberta da riqueza contida nas necessidades de cada elemento, para que esta não se perca.

Na revisão da literatura destacaram-se alguns estudos publicados em Portugal e no estrangeiro sobre esta temática:

Aiken (2001), referindo que a desmotivação dos enfermeiros para o trabalho atinge o seu pico máximo nos Estados Unidos (41%), seguindo-se a Escócia (38%), a Inglaterra (36%), o Canadá (33%) e a Alemanha (17%). Ainda, em todos estes países se verificou que 27 a 54% dos enfermeiros com idade inferior a 30 anos planeavam abandonar a profissão durante os doze meses seguintes à data da recolha dos dados. Relativamente aos factores motivadores os enfermeiros na Alemanha (61%) apontaram maior satisfação com as possibilidades de progressão profissional, enquanto que os dos Estados Unidos (57%) e os do Canadá (69%) sentiam o salário como principal factor motivador.

Similarmente, Adamson (1995) verificou que as enfermeiras britânicas mostram-se menos motivadas do que as australianas. As britânicas consideram que o seu reconhecimento profissional é reduzido, a sua relação com os administradores hospitalares é pobre e as condições de trabalho são menos adequadas do que as das enfermeiras australianas. Reportam ainda maior conflito entre as perspectivas de trabalho idealizadas durante a realização do curso e a realidade profissional actual e ainda menor satisfação com a organização onde desempenham funções. As enfermeiras britânicas concentram-se na fraca comunicação entre enfermeiros e médicos e referem ser pouco respeitadas pelos outros profissionais de saúde, nomeadamente administradores hospitalares e médicos.

Tovey e Adams (1999) concluem que a chave da desmotivação dos enfermeiros incluía as relações de trabalho (especialmente com os seus superiores hierárquicos), o número reduzido de elementos das equipas de trabalho, a fraca qualidade dos cuidados de saúde prestados e as pressões externas.

Em 1964, Revans verificou que, em hospitais do norte de Inglaterra, existia grande percentagem de demissões de enfermeiros relacionada com o desequilíbrio e descoordenação a nível comunicacional entre os diferentes níveis hierárquicos. O investigador acrescenta que, a frequência com que a comunicação ascendente é bloqueada torna-se causa necessária e suficiente para um clima de incerteza e de insatisfação.

Lucas (1984) refere que a satisfação dos profissionais de saúde é ainda um tema pouco abordado na literatura portuguesa e que as profundas mudanças que se têm vindo a operar no sistema de saúde, justificariam um estudo aprofundado na área.

Everly e Falcione citados por Lucas (1984), realizaram um estudo em 1976, onde procuraram identificar os comportamentos que eram percebidos pelos enfermeiros como importantes para a sua satisfação profissional. Concluíram que, os factores que mais contribuem para a satisfação profissional dos enfermeiros são: as relações com os chefes, supervisor e director; a organização do próprio trabalho; as compensações externas e, por último, as políticas administrativas.

Lash (1990), realça que os enfermeiros tendem à insatisfação com o seu trabalho, devido aos riscos de saúde derivados do seu desempenho em condições e meio hostil. Como forma de atenuar estas consequências, propõe o seguinte:

- Estimulação das capacidades de afirmação;
- Liberdade de o profissional escolher o serviço para trabalhar;
- Desenvolvimento de capacidades para enfrentar o stress e a criação de grupos de apoio;
- Facilitar o desenvolvimento de uma consciência sensível de si próprio, assim como, das capacidades para o trabalho em equipa, liderança e gestão;
- Encorajar a boa comunicação entre os enfermeiros de todas as categorias profissionais;

Mendonça (1993), ao estudar “Enfermagem, profissão de desgaste”, concluiu que as causas de pouca satisfação profissional dos enfermeiros são: o horário e ritmo de trabalho intenso, as deficientes estruturas físicas do local de trabalho e ainda a insuficiente remuneração.

Thomas et al (1993) num estudo que realizaram com o objectivo de identificar os factores que influenciam a satisfação profissional dos enfermeiros de cuidados de saúde primários demonstraram que:

- A maior parte dos enfermeiros (66,7%) apontam como factor de insatisfação os conflitos com a equipa, seguindo-se a falta de recursos humanos (50,9%) e o excesso de burocracia com (49,1%). A sobrecarga de trabalho surge em último lugar como factor de menor insatisfação (22,8%).
- Os enfermeiros com maior número de anos de exercício profissional referem como factores de maior insatisfação a falta de recursos humanos e a frustração profissional, enquanto que para os enfermeiros com um menor tempo de serviço (< 5 anos), as causas de insatisfação prendem-se com dificuldades em resolver situações de urgência e incapacidade de resposta às necessidades psicológicas dos doentes.

Dias (2001) num estudo que fez em hospitais centrais nacionais, analisou a motivação dos enfermeiros com base na teoria da motivação humana de Maslow. Verificou que a motivação dos enfermeiros subordinados é valorizada nas dimensões das necessidades de pertença e de necessidades fisiológicas. Concluiu assim que, quando o estilo de liderança do Enfermeiro-chefe influencia positivamente, a motivação no trabalho dos enfermeiros subordinados valoriza e motiva os níveis inferiores da pirâmide da motivação humana de Maslow.

O grau de motivação dos subordinados, pelo que tem vindo a ser exposto, tem implicações directas na qualidade da produção (neste caso na qualidade da prestação de cuidados de enfermagem) e, por inerência, no sucesso do líder. Urge, no entanto, uma clarificação do termo recorrendo a algumas definições conceptuais.

2.4.1 - DEFINIÇÃO DO CONCEITO MOTIVAÇÃO

Numa tentativa de aproximação ao termo “motivação”, retoma-se à sua origem na palavra latina *movere*, que significa que move ou que pode fazer mover (Pereira e Fávero, 2001). Porém, esta definição mostra-se insuficiente e muito rudimentar para a compreensão do propósito deste estudo. Assim, foram seleccionadas e esquematizadas em tabela algumas definições representativas da forma como o termo tem vindo a ser utilizado.

Tabela nº11
Conceito de Motivação

AUTOR	DEFINIÇÃO	ANO
Madureira	Força que reside na pessoa e a estimula a dirigir o seu comportamento no sentido de atingir objectivos	1990
Mondy	Vontade que uma pessoa tem para desenvolver esforços de forma a atingir os objectivos da organização	1991
Simpson	Algo que move as pessoas a fazerem qualquer coisa e a empenharem-se com dedicação, esforço e energia naquilo que fazem. A motivação leva as pessoas a fazerem bem e de boa vontade aquilo que tem de ser feito.	1993
Bergamini	Força que se encontra no interior de cada pessoa e que pode estar ligada a um desejo	1993
Teixeira	Acção de dinamizar e canalizar os comportamentos para uma finalidade, num determinado sentido, a partir de estímulos (ou incentivos) específicos	1998
Chiavenato	Desejo de exercer altos níveis de esforço em direcção a determinados objectivos organizacionais, condicionados pela capacidade de satisfazer algumas necessidades individuais. O autor acrescenta que a motivação está relacionada com três aspectos: a direcção do comportamento ou objectivos organizacionais; a força ou intensidade do comportamento ou esforço e a duração e persistência do comportamento ou necessidades individuais.	1999

Fonte: Adaptado de Pereira – A Motivação como factor essencial para o sucesso das empresas e o papel dos gestores nesse processo. Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Aveiro, 1998

A ligação entre motivação e acção é, segundo Michel (1990), de capital importância. A motivação adquire o seu sentido pela estimulação da acção e essa relação é importante quer no desencadear, quer na quantidade e na qualidade da acção.

Segundo Jardillier (s.d), a motivação para o trabalho consiste no prazer que se sente em realizá-lo, na medida segundo a qual nele nos empenhamos, a perseverança e a continuidade do esforço que lhe dedicamos.

Com uma diferenciação pouco significativa na forma de redacção, há um consenso na definição de motivação como sendo um conjunto de processos implicados na activação, direcção, intensidade e persistência do comportamento (Steers et al, 1996).

2.4.2 - MOTIVAÇÃO PARA O TRABALHO VERSUS SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

No trabalho diário das equipas de enfermagem, onde é exigida elevada interdependência entre os vários elementos, a motivação surge como aspecto fundamental na procura de maior eficiência e, consequentemente, de melhor qualidade na prestação de cuidados. Porém, motivar equipas de enfermagem é tarefa cada vez mais difícil. A curta e elevada rotatividade dos enfermeiros em Portugal associada às características física e psicologicamente exigentes, moldam subordinados permanentemente desmotivados (Pereira e Fávero, 2001).

Dias (2001) esclarece que motivação para o trabalho e satisfação no trabalho não significam a mesma coisa. A satisfação traduz-se como vector final do processo de motivação. Funciona como incentivo ou recompensa. A satisfação no trabalho existe quando o trabalhador percebe ou sente que aquilo que recebe é justo e está de acordo com o que espera obter. Trata-se *“de um estado de bem-estar geral do indivíduo, resultante do balanço, interpretado como positivo, entre as variáveis situacionais (características da função, do processo e do reforço), as variáveis individuais (discrepância entre expectativas e respostas da organização) e as variáveis da interacção social (comparação social, o processamento social da informação e cultura organizacional) (Dias, 2001) ”*.

A satisfação organizacional funciona como incentivo ou recompensa, satisfazendo, reduzindo ou anulando o motivo desencadeado pelas necessidades. É fundamentalmente uma medida de qualidade de vida no trabalho (Neves, 2002). A satisfação está relacionada com estados emocionais e traduz uma resposta afectiva das experiências dos trabalhadores em relação ao trabalho, enquanto que a motivação se relaciona com factores de ordem cognitiva.

Entre satisfação e motivação não existe nenhuma relação causal. A ideia de que um trabalhador satisfeito é um trabalhador produtivo, foi durante muito

tempo uma forte convicção da gestão, mas não corresponde à realidade. Os estudos científicos neste domínio, não demonstram uma relação apreciável entre as duas variáveis (Neves, 2002).

A motivação para o trabalho é, segundo Franco (2002), o grau individual de vontade para exercer e manter o esforço de alcançar as metas organizacionais. O autor acrescenta ainda que se trata de um processo psicológico interno e de um processo transaccional, em que a motivação do funcionário resulta das interações individuais entre o seu ambiente de trabalho e ajuste entre estas interações e o largo contexto social.

Queiroz (s.d.) entende que a motivação para o trabalho parte do pressuposto de que todo o comportamento humano tem uma causa, um motivo. Estes motivos agem sobre as pessoas, levando-as a agir no sentido de satisfazer as suas necessidades. Ninguém é motivado pelo que os outros julgam que o deveria ser mas, pelos motivos que cada pessoa possui e tenta satisfazer. Por outro lado, a motivação não é susceptível de ser observada directamente. Os motivos não podem ser vistos, apenas inferidos.

Neste sentido, a questão do incentivo financeiro pode ser importante na determinação da motivação do funcionário mas, sozinho, não conseguirá certamente resolver os problemas de motivação de todos os funcionários (Simpson, 1993).

Por outro lado, cada pessoa é responsável pela sua própria motivação através do seu interesse pessoal. Um objectivo pessoal claramente bem definido impulsiona todos os esforços do indivíduo no sentido de o alcançar. A motivação pessoal é a essência para vencer na vida. Todo o indivíduo necessita de entusiasmo e auto-motivação para transformar as coisas. Nenhum comportamento existe sem uma causa motivadora que o determine. Ou seja, as acções dos indivíduos são condicionadas por alguma causa que o induziu a agir. A motivação deve existir sempre, nem que seja em níveis mínimos, pois, não há acção sem motivação (Ribeiro, 2004).

Franco et al (2002) acrescenta a este raciocínio que, no sector da saúde, o trabalho está severamente dependente da motivação do profissional: a dedicação aos cuidados de saúde é um trabalho altamente intensivo. Consequentemente, a

qualidade do serviço, a eficiência e a imparcialidade são directamente mediadas pela vontade dos trabalhadores para realizar as suas tarefas. Se por um lado a eficácia dos recursos e competências dos profissionais são fundamentais em saúde, eles não são suficientes para assegurar a vontade do profissional trabalhar.

Azevedo (1996), entende que, para motivar é preciso oferecer ao trabalhador uma diversidade de tarefas que permitam variar o trabalho, responsabilizá-lo pelo que faz, informando-o dos objectivos e da importância do seu contributo para os atingir.

Se por um lado, compete aos líderes de equipas, e portanto, aos enfermeiros-chefes, a tarefa de motivarem o seu pessoal; se são eles que se encontram na posição ideal para fomentar um ambiente agradável, no qual os subordinados se desenvolvam e prestem a sua melhor contribuição para o trabalho; por outro, escapam-lhes “circunstâncias de autonomia, para que possam lidar com a maioria dos factos que não satisfazem os subordinados” e que estão fora do seu controlo ou influência (salário, normas, condições de trabalho) (Magalhães et al, 2004:p.60).

Simpson (1993) indica-nos, a este propósito, que o poder do líder de motivar os subordinados depende da extensão em que controla os meios de satisfação das necessidades deles, avaliados sob o ponto de vista dos subordinados e não do líder.

É importante que o líder exerça o papel de motivador dos seus subordinados, fazendo com que as tarefas sejam desempenhadas com eficiência, eficácia e prazer. São exemplos de indicadores de motivação: o elevado desempenho e resultados consistentemente atingidos; a energia, o entusiasmo e a determinação para obter sucesso; a elevada cooperação na resolução de problemas; a voluntariedade para aceitar responsabilidades e a predisposição para a adaptação às alterações necessárias. Pelo contrário, os trabalhadores desmotivados apresentam apatia ou indiferença pelo trabalho; sensibilidade exagerada dos efeitos/dificuldades sentidas nos problemas do dia-a-dia, nos conflitos e nas injustiças; falta de cooperação na resolução de problemas e/ou dificuldades e resistência injustificada à mudança.

Vergara (2000) menciona como elementos significativos no desempenho laboral:

- a promoção da aprendizagem e do desenvolvimento;
- a oportunidade de proporcionar aos trabalhadores um papel social nas actividades da sociedade;
- a promoção da sensação de utilidade, de ser apreciado pelo seu trabalho
- o desenvolvimento da auto-estima;
- a oportunidade de produzir bens e serviços desejados pela sociedade;
- a possibilidade de promoção e progressão na carreira profissional e
- a satisfação profissional.

Os elementos atrás mencionados funcionam como oportunidades organizacionais de motivação dos trabalhadores, independentemente do factor salário, o qual é muitas vezes o atractivo para que o trabalhador permaneça na organização.

À semelhança do que ocorre a nível empresarial, também no sector da saúde e especificamente em enfermagem, julga-se importante para a promoção de uma ambiente de trabalho motivador que os enfermeiros-chefes sejam bons líderes, saibam exactamente comunicar a visão e missão da unidade de saúde que lideram, bem como o tempo e a forma de lá chegar. Devem conseguir utilizar várias tácticas de trabalhar em equipa, de modo a que, em conjunto, seja harmoniosamente alcançado o sucesso. Para isso, parece importante manter uma monitorização permanente da satisfação e motivação dos enfermeiros seus subordinados. Não lhe é possível estabelecer e compreender as relações com os seus subordinados sem conhecer minimamente a motivação e o seu comportamento. A este propósito, Chiavenato (1998) refere que, os líderes, para além de procurarem os melhores métodos tecnológicos para aumentar a produção, deviam interessar-se também pelas questões humanas, uma vez que a produtividade está directamente relacionada com a descoberta e satisfação das necessidades psicológicas dos subordinados. Muitos trabalhadores vêem as suas potencialidades e interesses destruídos pela incapacidade dos gestores reconhecerem as suas necessidades motivacionais.

Paralelamente ao absentismo e ao desemprego, a qualidade do trabalho tem vindo a constituir um foco de preocupação de gestores e líderes. A pressão

exercida sobre os funcionários para que elevem os níveis de produção é cada vez maior, culminando frequentemente em níveis elevados de desmotivação. A este respeito, o sector da saúde não é excepção. A motivação dos profissionais de saúde está relacionada com o ambiente de trabalho e repercute-se na qualidade dos cuidados aos utentes, conforme se descreve seguidamente.

2.4.3 - MOTIVAÇÃO/QUALIDADE E AMBIENTE DE TRABALHO

Ao nível dos cuidados de saúde, a exigência de qualidade de trabalho é, hoje em dia, um factor de extrema importância para os utentes. Os profissionais de saúde sentem-se diariamente pressionados no sentido da melhoria da qualidade, pelo que começam a ser frequentes as auditorias aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em muitas instituições de saúde.

Alguns estudos demonstram que o desempenho ao nível do sector da saúde está intimamente relacionado com a motivação do profissional. A dedicação aos cuidados de saúde é um trabalho muito intensivo e exigente, consequentemente, a qualidade do serviço e a sua eficiência são essencialmente mediados pela boa vontade dos profissionais de saúde em realizar cuidadosamente as tarefas. Por isso, o desempenho profissional está, nesta área, intimamente dependente do nível de motivação dos funcionários (Franco, 2002).

Um factor de extrema importância no processo motivacional é o ambiente de trabalho. Este resulta das relações interpessoais entre colegas de trabalho e exerce influência sobre o desempenho. Num documento de reflexão intitulado “Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem”, publicado *on line* a 10 de Maio de 2005, a ordem dos enfermeiros assume que nesta matéria, “...às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade; ... proporcionar condições e criar um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros; ...satisfazer as necessidades dos enfermeiros, favorecendo o empenhamento destes em prol da qualidade”. Nesta perspectiva, o relacionamento entre líderes e subordinados é muito importante. Um bom líder não deve focalizar-se apenas na qualidade de desempenho dos seus subordinados. Deve preocupar-se também

com o ambiente de trabalho resultante das relações interpessoais estabelecidas no grupo. De facto, produtividade, qualidade e motivação andam de mãos dadas numa instituição de sucesso.

O processo motivacional em contexto de trabalho opera individualmente e é composto por duas componentes paralelas: a extensão em que os profissionais conseguem alcançar as metas organizacionais (poderão fazer) e a extensão em que os profissionais efectivamente conseguem mobilizar os seus recursos pessoais para alcançar as metas estabelecidas (conseguem fazer). Neste processo, as metas pessoais dos profissionais, auto-conceitos, expectativas e experiência acrescida, constituem os mais importantes factores individuais que determinam o nível de motivação. A conjuntura destas determinantes com a técnica individual de trabalho, a capacidade intelectual para o desempenho e a estrutura física necessária para levar a cabo as tarefas, resultam num nível específico de desempenho profissional (Franco, 2002).

Na motivação para o trabalho, o contexto e o ambiente organizacional no qual o funcionário está inserido (as estruturas organizacionais, os recursos, os processos, a cultura e o feedback referente ao desempenho) constituem os catalizadores dos processos motivacionais. Estes factores afectam a capacidade real e percebida de realização das tarefas e estimulam o funcionário a alcançar as metas organizacionais estabelecidas.

As instituições de saúde influenciam a motivação dos seus profissionais a variados níveis: através dos esforços da organização para melhorar as aptidões dos profissionais; através da provisão de recursos; através do feedback sobre o desempenho dos profissionais; e sobre aspectos mais indirectos tais como a cultura de trabalho. Estruturas organizacionais, processos e recursos caracterizam o contexto diário no qual o profissional de saúde desempenha as suas funções. As estruturas internas da organização reflectem a imagem das hierarquias, o nível de autonomia do funcionário, a clareza das metas organizacionais, a diferença de estatuto entre funcionários e a delegação de responsabilidades e autoridade. Os processos determinam a forma como o trabalho é realizado e o nível de recursos necessários à sua realização (Franco, 2002).

Existem vários caminhos através dos quais as estruturas e os processos organizacionais influenciam os dois componentes da motivação do funcionário: a adopção das metas organizacionais por parte do funcionário e a percepção da possibilidade de contribuir para o alcance dessas metas. As estruturas e os processos organizacionais influenciam a clareza da missão da organização, a articulação das metas bem como as normas e padrões dos funcionários. Um forte senso de missão organizacional surge como a chave dos factores de motivação e explica o sucesso organizacional (Grindle, 1997). Quando as normas e os padrões e os processos associados são claros, é possível os profissionais ajudarem a alcançar os objectivos. Neste sentido, serão os processos comunicacionais ao longo da organização a determinar a forma como a informação acerca da organização (as suas metas, normas e padrões) são comunicados ao funcionário (Franco, 2002).

Os processos e as estruturas de suporte organizacional moldam a percepção dos funcionários relativamente à possibilidade de ajudarem a atingirem os objectivos estabelecidos. A capacidade de desempenho profissional não está unicamente dependente das habilidades pessoais dos funcionários. O ambiente organizacional envolvente é igualmente importante: delegar autoridade e autonomia suficientes para concluírem as tarefas, assegurar clareza acerca das regras e das responsabilidades das diferentes pessoas envolvidas; assegurar clareza e eficiência no serviço delegado e o fornecimento adequado de recursos para conseguir os processos organizacionais (Pereira, 1998).

O enfermeiro-chefe, como líder de uma equipa, deve promover actividades mobilizadoras e motivadoras dos seus subordinados, nas quais lhes possibilite desenvolver e atingir o pleno desempenho numa direcção de trabalho voltada para a implementação das metas de saúde. Para isso, deverá incluir nas suas funções diárias: a obtenção de força de trabalho, a estruturação do trabalho, a recompensa, o controlo e a preparação da equipa de trabalho. As suas funções devem ainda incluir a definição e da descrição das funções inerentes a cada subordinado, assegurando-se de que este está inteirado dos objectivos institucionais e específicos do serviço; atribuição de incentivos: facilidades para a formação, flexibilidade de horário.

A motivação tem vindo a ser estudada ao longo dos tempos, originando diversas teorias relacionadas com o que motiva as pessoas nas organizações. Seguidamente faz-se uma abordagem àquelas que foram consideradas mais relevantes para este estudo.

2.4.4 - TEORIAS DA MOTIVAÇÃO

Uma divisão frequentemente encontrada na literatura sobre teorias da motivação divide-as em dois ramos: as teorias de conteúdo e as teorias de processo.

As teorias de conteúdo procuram responder à questão: o que motiva o comportamento; que tipos de recompensas são a causa das pessoas agirem de determinado modo. Esta abordagem defende que, mais importante do que conhecer os mecanismos psicológicos da pessoa, é saber quais os factores que permitem modificar o comportamento dessa pessoa. Ou seja, a motivação de cada um pode ser condicionada através de recompensas e punições externas (Pereira, 1998). Aqui estão incluídas a teoria da hierarquia das necessidades humanas de Maslow, a teoria dos dois factores Herzberg e a teoria da necessidade de realização de McClelland.

As teorias de processo procuram dar resposta à questão de como é que as recompensas interagem para motivar o comportamento numa dada direcção. Preocupam-se com a compreensão dos processos internos da pessoa, das suas necessidades, dos seus valores e das suas expectativas. Analisam os mecanismos motivacionais apoiando-se em três premissas: a existência de objectivos pessoais; a existência de uma finalidade para esses objectivos e a existência de um resultado esperado (Pereira, 1998). Aqui está incluída a teoria da expectativa de Vroom, a teoria de equidade de Adams e a teoria do Estabelecimento de Objectivos de Locke.

2.4.4.1 - TEORIA DA HIERARQUIA DAS NECESSIDADES DE MASLOW

Maslow desenvolveu a Teoria da Hierarquia das Necessidades, a qual postula que, as necessidades humanas não têm todas a mesma força e a sua emergência obedece a prioridades. Existe, por pessoa, uma pirâmide hierárquica de cinco necessidades humanas, escalonadas em primárias e secundárias. Nas primárias estão incluídas, respectivamente, as necessidades fisiológicas e de segurança; as secundárias abarcam as necessidades sociais, de estima e de auto-realização (Bergamini, 1997). A diferença entre as duas classes de necessidades baseia-se na premissa de que as necessidades mais elevadas são satisfeitas internamente (dentro da pessoa), enquanto que as de mais baixo nível são satisfeitas externamente (através da remuneração, contratos de trabalho, relacionamento pessoal ou profissional, etc.).

Figura nº5

Hierarquia das Necessidades de Maslow



Fonte: Adaptado de Pereira – A Motivação como factor essencial para o sucesso das empresas e o papel dos gestores nesse processo. Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Aveiro, 1998

Para Maslow o indivíduo é motivado essencialmente pelas necessidades de nível mais baixo que ainda não conseguiu satisfazer. Só cada vez que ultrapassa um degrau é que passa a ser motivado pelo tipo de necessidades correspondentes ao degrau imediatamente superior. Portanto, um funcionário com necessidades primárias por satisfazer, dificilmente será sensível a formas de

motivação relacionadas com a atribuição de responsabilidades (Estanqueiro, 2002).

Segundo esta abordagem parece importante que o enfermeiro-chefe adopte um tipo de liderança compatível com a satisfação das necessidades de mais elevado nível dos enfermeiros seus subordinados. As pessoas precisam de respeito e de reconhecimento, não apenas de dinheiro e de recompensa. A valorização das necessidades de auto-realização fortalece o ego e a estima dos subordinados, favorecendo a eficácia da liderança.

Maslow entende que a motivação resulta de um processo contínuo e não de um estado. Neste processo, os indivíduos procuram constantemente actualizar o seu potencial. Esta é, na perspectiva de Neves (2002) uma teoria atractiva baseada em políticas de gestão, nomeadamente as que se prendem com o factor humano e que muitas vezes é adoptada como base teórica no desenvolvimento de programas de gestão participativa, enriquecimento de funções e projectos de qualidade de vida no trabalho.

2.4.4.2 - TEORIA DOS DOIS FACTORES DE HERZBERG

As descobertas de Herzberg tornaram-se amplamente conhecidas nos finais dos anos 50. Interessado na questão da motivação no trabalho, formulou a Teoria dos Dois Factores, segundo a qual há dois factores que determinam a motivação no trabalho: os higiénicos (factores de prevenção de insatisfação) e os motivadores (factores de desenvolvimento) (Dias, 2001).

Os factores higiénicos (relacionados com motivações mais básicas e de natureza extrínseca ao trabalho), relacionam-se com o contexto do trabalho e incluem o salário, as condições de trabalho, as políticas da organização, a supervisão e a autonomia, o *status* e a segurança de emprego. São insatisfacientes, ou seja, são motivo de desmotivação se estiverem ausentes, contudo, se estiverem presentes não são motivantes. Conduzem ao alívio da insatisfação a curto prazo. Devem ser atendidas, porém, para que um indivíduo apresente um bom desempenho, são necessários factores motivacionais que o estimulem (Pereira, 2001, 2003).

Os factores motivacionais, de natureza intrínseca ao trabalho, estão relacionados com o conteúdo das tarefas que o indivíduo realiza e que satisfazem motivações de auto-realização e estima através do progresso profissional e das responsabilidades assumidas. São aqueles que realmente estimulam as pessoas e cuja possibilidade de os alcançar depende do prazer no trabalho e do envolvimento de cada um. Quanto maior for o envolvimento, maior é a satisfação com as conquistas do dia a dia. Os factores motivacionais são construídos a partir do crescimento e da auto-realização que cada membro da equipa extrai das suas tarefas. São factores satisfactores, ou seja, se estiverem presentes, são motivantes. Obedecem a uma dinâmica de crescimento e conduzem à satisfação a longo prazo. São exemplos de factores motivacionais: o reconhecimento das conquistas; a responsabilidade; o interesse e as promoções (Pereira, 2001).

Em certa medida, enquanto os factores higiénicos de Herzberg podem ser equiparados às necessidades fisiológicas, de segurança e sociais de Maslow, os factores motivacionais podem ser comparados às necessidades de estima e de auto-realização.

O enfermeiro-chefe que satisfaça apenas as necessidades básicas dos enfermeiros seus subordinados, não motiva nem mantém motivada a sua equipa de trabalho por muito tempo. Quanto mais opções de motivação propuser, maior será a probabilidade do sucesso da motivação. Um bom meio de reconhecer o bom desempenho pode ser a recompensa.

2.4.4.3 - TEORIA DA NECESSIDADE DE REALIZAÇÃO DE MCCLELLAND

David McClelland, através dos seus estudos, verificou que a motivação humana está relacionada com a satisfação de três tipos de necessidades: as de poder, as de afiliação e as de êxito. Quase todas as pessoas vivenciam essas três necessidades no alcance dos seus objectivos, com intensidades diferentes. Assim se justificam as diferenças nos padrões pessoais de motivação (Vergara, 2000).

A motivação para o poder, representa uma orientação para o prestígio e a produção de impacto nos comportamentos ou emoções das outras pessoas. Os indivíduos orientados para o poder, obtêm o controle procurando os meios para

influenciar e orientar os outros. São pessoas com grande necessidade de posições de liderança. A literatura refere que a liderança eficaz está associada a uma forte orientação para o poder (Rego, 1998).

A motivação para a afiliação leva o indivíduo a preocupar-se em não ser rejeitado pelo grupo social. Pessoas orientadas para a afiliação procuram os relacionamentos e as relações emocionalmente positivas, valorizam as amizades, as actividades associativas (conversas, festas, reuniões). Tem um desejo forte de aprovação e de confiança dos outros, tendendo a agir em conformidade com os desejos, as normas e os valores dos outros, quando pressionados por pessoas cuja a amizade valorizam. São pessoas que se interessam genuína e sinceramente pelos sentimentos dos outros (Cunha et al, 2003).

A motivação para o êxito representa uma orientação para a excelência em que os indivíduos se preocupam com a realização de algo único e com o alcance de padrões de excelência. Assumem a responsabilidade pessoal pelo seu sucesso ou fracasso e gostam de experimentar riscos controlados, riscos moderados, porque têm medo do insucesso. São pessoas dinâmicas e tendem a ser bem sucedidas como empreendedoras. São orientadas para a tarefa e o seu senso de responsabilidade pessoal podem impedir a delegação de autoridade (Reto, 1991). Com base nas suas investigações, McClelland conclui que a necessidade de êxito resulta de experiências aprendidas precocemente, desempenhando a educação um papel fulcral na aprendizagem de normas de conduta, onde a noção de certo e errado é vinculada de forma clara, proporcionando às crianças autonomia e *feedback* (Neves, 2002).

Para McClelland a motivação é intrínseca e determina o comprometimento e a dedicação com que as pessoas se envolvem nas actividades. O entusiasmo sentido no dia a dia provém, segundo o investigador, da compreensão dos padrões pessoais de motivação. Para isso, parece necessário que os objectivos pessoais sejam claros e bem definidos de forma a estarem permanentemente coerentes com as atitudes de cada um (Reto, 2001).

A partir desta teoria parece fundamental que os líderes possuam um elevado nível de necessidade de êxito mas também um pouco de afiliação, a qual se torna importante na coordenação e motivação dos subordinados.

Comparando a teoria da realização com a da hierarquia das necessidades, verifica-se uma grande similaridade entre a necessidade de afiliação proposta por McClelland e as necessidades sociais de Maslow. Normalmente, pessoas com elevada necessidade de afiliação procuram no trabalho um ambiente seguro, que lhes dê a possibilidade de trabalharem em equipa e onde possam satisfazer sentimentos de pertença (Rego, 1998).

2.4.4.4 - TEORIA “X” E “Y” DE MCGREGOR

Dos vários modelos desenvolvidos no sentido de compreender o que motiva as pessoas no trabalho, o mais divulgado foi o de McGregor, conhecido como “Teoria X” e “Teoria Y”. Este modelo procura determinar e comparar duas formas diferentes de caracterizar a natureza humana e os seus reflexos no estilo de liderança a adoptar (Cushway e Lodge 1998).

A Teoria X baseia-se nos seguintes pressupostos: o indivíduo tem uma rejeição natural ao trabalho pelo que o evita sempre que pode; devido a esta aversão, o comportamento desejado só é possível recorrendo a reforços negativos como a autoridade, a sanção e o dinheiro; o indivíduo prefere ser dirigido, evitar responsabilidades, tem pouca ambição e valoriza, acima de tudo, a segurança (Simpson, 1993).

Ao invés, a teoria Y, tem nas suas assunções que o esforço físico ou mental no trabalho é tão natural como descansar ou brincar; a pressão e a ameaça ao indivíduo não são formas únicas de se atingirem os objectivos da organização, o homem pode dirigir-se e controlar-se a si mesmo quando trabalha para objectivos em relação aos quais se sente responsável; o grau de empenho na prossecução dos objectivos varia de acordo com as recompensas em perspectiva; o indivíduo devidamente enquadrado aprende a aceitar e até a procurar responsabilidades e a criatividade na resolução de problemas é normal na maioria dos indivíduos (Pereira, 1998).

Uma organização que segue as linhas da Teoria X tem tendência a ser autoritária, a forçar a obediência através do poder. Ao contrário, a organização

que se oriente pela Teoria Y integra os objectivos da organização com os dos trabalhadores.

De acordo com as actuais teorias de contingência, não podemos falar em soluções ideais pelo que, para diferentes circunstâncias pode ajustar-se a Teoria X ou a Teoria Y. Isoladas representam extremos desajustados com o que se passa na realidade. Quer as assunções da teoria Y, quer as da teoria X, poderão ser apropriadas para os funcionários evidenciarem uma maior motivação para o trabalho. Tudo depende do contexto e da situação particular (Neves, 2002). Não obstante, McGregor considera que a teoria Y é mais realista, tem pressupostos com mais validade pelo que, a sua aceitação conduzirá a técnicas de gestão mais participativas (Teixeira, 1998).

Estabelecendo uma comparação com a teoria da hierarquia das necessidades, verifica-se que a teoria X assume o comportamento humano como sendo regulado pelas necessidades de baixo nível. Pelo contrário, a teoria Y assume que os comportamentos dos indivíduos são determinados pelas necessidades de nível mais elevado.

2.4.4.5 - TEORIA DA EXPECTATIVA DE VROOM

A teoria das expectativas foi inicialmente proposta pelo psicólogo Victor Vroom, em 1973. Ao contrário do que acontece com as teorias de Maslow e Herzberg, que não contemplam as diferenças individuais, Vroom afirma que o processo de motivação deve ser explicado em função dos objectivos e das escolhas de cada pessoa e das expectativas de atingir esses mesmos objectivos (Teixeira, 1998). O investigador põe em evidência que o comportamento resulta de escolhas conscientes entre alternativas e que estas estão intimamente relacionadas com determinados processos psicológicos (percepção e formação de atitudes).

Para Vroom, a motivação é o produto do valor previsto atribuído a um objectivo pela probabilidade de alcançar esse mesmo objectivo. Ou seja, a força da motivação = valência x expectativa, onde a valência é a intensidade da preferência individual de um resultado e a expectativa a probabilidade de uma

determinada acção conduzir a um resultado desejado. Vroom sugere ainda que o comportamento será a consequência de um campo de forças, no qual cada uma delas tem uma direcção e magnitude (Steers, 1996).

Porter e Lawer (1968) citados por Neves (2002), a partir da teoria das expectativas de Vroom, desenvolveram um modelo mais completo sobre a motivação, onde explicam o conceito de esforço, de performance e de satisfação. Mostram que as recompensas determinam a satisfação, sobretudo em função do modo como são percebidas e afirmam que o esforço dos trabalhadores é determinado conjuntamente por dois factores principais: o valor que as consequências desse esforço representam para o indivíduo e o grau em que este acredita que o esforço o levará a alcançar as recompensas. Isto significa que, as pessoas só se esforçam por alcançar os seus objectivos se tiverem uma expectativa razoável de o conseguirem. Portanto, antes das pessoas serem motivadas a agir, elas ponderam sobre as suas capacidades e se o esforço trará os resultados desejados. Este modelo tem sido criticado relativamente à relação de causalidade que propõe entre satisfação e performance.

2.4.4.6 - TEORIA DA EQUIDADE DE ADAMS

Segundo Pereira (1998), a teoria da equidade, geralmente associada ao nome de J. Stacy Adams é, na sua essência, uma teoria de troca social baseada na comparação social. Estuda a influência que as comparações têm sobre a motivação, destacando a percepção pessoal de cada um sobre a razoabilidade ou justiça relativa numa situação laboral. O desempenho pessoal e os correspondentes benefícios são comparados com o desempenho e os benefícios dos outros em situações análogas.

Segundo esta linha de pensamento, as pessoas, de acordo com as suas percepções, fazem comparações entre os esforços aplicados e as recompensas recebidas, nascendo, desse confronto, um sentimento de justiça ou de injustiça. Por conseguinte e segundo esta teoria, a preocupação fundamental das pessoas é serem tratadas com justiça em relação às outras (rego, 1998). Então, a avaliação que as pessoas fazem da justiça da recompensa recebida é um factor

muito importante para a motivação no trabalho e que os líderes devem ter sempre presente.

Os postulados centrais da teoria referem-se às consequências da inequidade, tal como ela é percebida, e são definidos por Neves (2002) da seguinte forma:

1. A inequidade cria um estado de tensão no indivíduo;
2. Esta tensão é proporcional à magnitude da inequidade;
3. A tensão assim criada motiva o indivíduo no sentido da sua redução;
4. A força da motivação para reduzir a tensão é proporcional à inequidade percebida.

O autor acrescenta ainda que existem diversos métodos e alternativas para restabelecer a equidade: alteração dos *inputs* (investimentos); alteração das *outcomes* (recompensas); distorção cognitiva dos *inputs* e das *outcomes*.

Pereira (1998, p.79) afirma que “alguns estudos concluíram que as desigualdades que geram os sentimentos de injustiça não são as que realmente existem, mas sim as que são percebidas por cada pessoa individualmente”.

A aplicação desta teoria apresenta alguns problemas, uma vez que a justiça é um factor subjectivo. Cada pessoa faz a sua avaliação pessoal do que para si é justo ou injusto. Porém, é importante que os líderes consigam perceber o que é que os seus subordinados consideram justo ou injusto, relativamente ao seu desempenho laboral. Por outro lado, para que as recompensas sejam motivadoras para os subordinados, estes devem considerá-las justas e a sua consideração a este respeito deve ser tomada em atenção.

5.4.7 - TEORIA DO ESTABELECIMENTO DE OBJECTIVOS DE LOCKE

A teoria do Estabelecimento de Objectivos de Locke procura explicar como é que o estabelecimento de objectivos orienta os esforços e as decisões das pessoas (Cunha et al, 2003).

A noção de objectivo é o constructo central nesta teoria. Para Locke, um objectivo é o mais potente determinante da acção. É através dos objectivos individuais que se desenrola o mecanismo individual através do qual os estados

motivacionais se transformam em acção. As pessoas agem no sentido de alcançarem objectivos estabelecidos, os quais são determinados pelos processos cognitivos e pelas reacções emocionais. Os objectivos influenciam o comportamento dirigindo a atenção, encorajando a persistência e facilitando o desenvolvimento de estratégias (Pereira, 1998).

Segundo esta teoria, para que os objectivos sejam motivadores, é necessário serem específicos e desafiadores (mas possíveis de alcançar). Por outro lado, é fundamental o feedback sobre o desempenho dos subordinados para que possam adaptar o seu desempenho e para que se sintam encorajados a prosseguir.

Segundo Neves (2002), a grande maioria dos estudos centrados na Teoria do Estabelecimento de Objectivos centra-se, sobretudo, nos efeitos dos objectivos sobre a *performance*, de forma a compreender os mecanismos e as variáveis envolvidas. Assim, existe evidência de que, quando se pede para que a pessoa adopte objectivos específicos em vez de “faça o seu melhor”, o desempenho melhora consideravelmente. De acordo com Locke (1984) citado por Neves (2002), a assumpção que para melhorar o desempenho no trabalho se torna necessário melhorar a satisfação é um caminho errado. Segundo o autor, a satisfação provém de se alcançarem objectivos específicos, funcionando estes como reguladores da acção.

O conhecimento das bases teóricas da motivação humana é fundamental para que o enfermeiro chefe consiga estimular suficientemente a sua equipa de enfermagem para o alcance do sucesso na organização hospitalar.

CAPÍTULO III

Metodologia

3 - METODOLOGIA

Partindo da sua definição etimológica, o termo metodologia vem do grego “Meta” = largo; “Odos” = caminho e “Logos” = discurso, estudo. A metodologia consiste em estudar e avaliar os vários métodos e técnicas de pesquisa disponíveis, com vista à resolução do problema de investigação. (Fernandes, 2000).

Barros (1986), explicita que a metodologia é a operacionalização, sistematização e racionalização do método. Acrescenta ainda que, enquanto o método é “uma visão abstracta do agir”, a metodologia é “uma visão concreta da operacionalização”.

Entende-se por método a forma ordenada de proceder ao longo de um caminho para alcançar um fim. É um conjunto de processos ou fases empregues na investigação, com o propósito de atingir o conhecimento (Fernandes, 2000). O método ordena inicialmente o pensamento em sistemas e traça os procedimentos que do cientista ao longo do caminho até atingir o objectivo científico preestabelecido (Trujillo, 1974).

Assim sendo, apresenta-se neste capítulo a metodologia de investigação, entendida como a operacionalização do método através de processos e técnicas utilizados para alcançar os objectivos traçados para o estudo.

Ao objecto de estudo deste trabalho está subjacente conhecer o(s) estilos de liderança predominante(s) nos enfermeiros-chefe com níveis elevados de motivação dos enfermeiros seus subordinados. É conhecendo melhor esta problemática e os contextos em que ela se insere, que se poderá colaborar no sentido de se aperfeiçoarem as características fundamentais para uma liderança de qualidade em enfermagem, onde sejam valorizados os aspectos que mais motivam os enfermeiros para o desempenho das suas funções para que, no limite, também possa ser melhorada a qualidade de prestação de cuidados aos utentes.

3. 1 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Uma questão de investigação é, segundo Fortin (2000), uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. As questões de investigação constituem as premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação. Precisam os objectivos, delimitam as variáveis e as suas relações mútuas, assim como a população estudada.

Para precisar a direcção que será dada a esta investigação e de acordo com o problema em estudo, foram elaboradas as seguintes questões de investigação:

- Qual o comportamento dos enfermeiros-chefes, enquanto líderes das equipas de enfermagem?
- Qual o estilo de liderança adoptado pelo enfermeiro-chefe no exercício das suas funções?
- Quais os factores motivantes e desmotivantes para o trabalho dos enfermeiros subordinados do enfermeiro-chefe?
- Qual a relação existente entre o(s) estilo(s) de liderança adoptado pelo enfermeiro-chefe e o nível de motivação dos enfermeiros seus subordinados?

3. 2 – OBJECTIVOS ESPECÍFICOS DO ESTUDO

Os objectivos de uma investigação representam aquilo que o investigador se propõe fazer para responder às questões de investigação (Ribeiro, 1999). Trata-se de um enunciado que deve indicar com clareza o que o investigador pretende fazer ao longo do estudo. Para isso e segundo Fortin (1999), os objectivos devem especificar as variáveis-chave, a população alvo e o contexto de estudo.

Tendo em conta o objecto de estudo, foram delineados os seguintes objectivos:

- Conhecer os estilos de liderança dos enfermeiros-chefes;
- Analisar as competências de liderança dos enfermeiros-chefes;

- Identificar os principais factores motivadores e desmotivadores dos enfermeiros em exercício profissional na área hospitalar;

3. 3 - OPÇÕES METODOLÓGICAS

Após a construção do objecto de estudo e definição das questões de investigação, e tendo em conta o quadro teórico adoptado, sente-se a necessidade de definir o paradigma segundo o qual se rege este estudo.

“Nenhuma abordagem depende unicamente de um só método” (Bell, 2002, p.85). Seguindo esta linha de pensamento, este estudo orienta-se segundo um paradigma misto (qualitativo e quantitativo), dentro do tipo não experimental descritivo simples. A utilização de diversas metodologias, reflecte a necessidade de procurar uma compreensão adequada do fenómeno estudado. Segundo Bardin (2004), a complementaridade dos métodos de investigação quantitativos e qualitativos aumentam a fiabilidade dos resultados.

Ao lado das investigações quantitativas, a investigação qualitativa permite descrever, explicar, predizer e controlar a prática de enfermagem. Por isso, os seus designs são flexíveis e determinados pelo objecto de estudo, verificando-se um vínculo dinâmico e indissociável entre a realidade objectiva e a subjectividade de cada sujeito. O acento tónico é colocado sobre a exploração em profundidade, da riqueza e da complexidade que caracterizam certos fenómenos. Há um interesse pela observação das pessoas e pelas suas interacções, na procura da identificação, da descrição profunda e da construção de explicações e significados das acções humanas. Neste sentido, importa conhecer o modo como os enfermeiros-chefes interpretam a realidade da liderança que praticam bem como a importância e o sentido que lhe atribuem.

O enfoque quantitativo possibilita a mensuração de dados relevantes sobre aspectos de liderança e motivação presentes nos questionários e inclusos nas respostas dos entrevistados. A metodologia quantitativa “constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objectivos no que concerne às variáveis em estudo” (Bardin, 2004: p.322). Segundo Polit (1994), o método de investigação quantitativo é um processo sistemático de

recolha de dados observáveis e quantificáveis, caracterizando-se pela objectividade, pela predição, pelo controle e pela generalização. Desta forma, contribui para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, oferecendo também a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos.

Trata-se de um estudo não experimental descritivo simples, recorrendo-se à descrição rigorosa e directa dos dados recolhidos respeitando, tanto quanto possível, a forma segundo a qual foram registados ou transcritos, na tentativa de “conhecer e interpretar a realidade sem nela interferir ou modificar” (Rudio, 1986). Há neste estudo uma preocupação com a descoberta, a observação, a descrição, a classificação e a interpretação dos comportamentos de liderança por parte dos enfermeiros-chefes e sua influência na motivação dos enfermeiros seus subordinados.

3. 4 - DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO

Tendo definido as questões orientadoras e o tipo desta investigação, chegou o momento de escolher os participantes no estudo.

Por contingências de disponibilidade humana e de tempo para a pesquisa, escolheram-se duas unidades de observação: o Hospital Geral do Centro Hospitalar de Coimbra (Unidade de Observação I) e o Centro Regional de Oncologia de Coimbra (Unidade de Observação II).

3. 5 – SELECÇÃO DE SUJEITOS

UNIDADE DE OBSERVAÇÃO I

Hospital Geral

Unidades de internamento			Nº total de enf ^{os}	
Bloco operatório central			45	
Cardiologia			15	
Cirurgia I			28	
Cirurgia II			37	
Gastroenterologia			13	
Infecciosas			17	
Medicina			43	
Nefrologia			11	
Neurocirurgia			18	
Neurologia			21	
Oftalmologia			10	
Ortopedia			16	
Pneumologia			15	
Traumatologia			23	
Unidade de cuidados intermédios			21	
Urologia			17	
Urgência			55	
Total	17	11	405	282

	Existentes
	Seleccionados

Das 17 unidades de internamento do HG, foram seleccionadas as 11 que possuíam maior número de elementos nas equipas de enfermagem e cujos enfermeiros-chefes mostraram interesse em participar no estudo: bloco operatório, cardiologia, cirurgia I, cirurgia II, oftalmologia, ortopedia, pneumologia, traumatologia, unidade de cuidados intermédios, urologia e urgência.

Inicialmente a amostra era constituída por 10 enfermeiros-chefes e 282 enfermeiros. Entregaram o questionário 8 enfermeiros chefes e 149 enfermeiros subordinados. Destes últimos, foram anulados 27 por não se encontrarem correctamente preenchidos. Assim, a amostra final desta unidade de observação perfaz 8 enfermeiros-chefes (80%) e 122 enfermeiros (43,3%).

UNIDADE DE OBSERVAÇÃO II

Centro Regional de Oncologia de Coimbra

Unidades de internamento			Nº total de enf ^{os}	
Bloco operatório			21	
Cirurgia cabeça e pescoço			21	
Cirurgia geral			26	
Cuidados paliativos			15	
Ginecologia internamento			12	
Oncologia médica			27	
Unidade de cuidados intermédios			18	
Total	7	6	140	119

	Existentes
	Seleccionados

Das 7 unidades de internamento, foram seleccionadas 6, de acordo com a disponibilidade e interesse na participação do estudo manifestada pelos enfermeiros-chefes: cirurgia cabeça e pescoço, cirurgia geral, cuidados paliativos, ginecologia internamento e unidade de cuidados intermédios.

Inicialmente a amostra era constituída por 6 enfermeiros-chefes e 119 enfermeiros subordinados. Dos 119 enfermeiros, responderam 76 (63,9%) e foram anulados 15 por não se encontrarem correctamente preenchidos. Relativamente aos enfermeiros-chefes, houve 1 que não entregou o questionário, verificando-se uma colaboração de 80%. Assim, a amostra final nesta unidade de observação perfaz 5 enfermeiros-chefes e 61 enfermeiros subordinados (51% dos questionários entregues).

No total (Unidade de observação I + Unidade de observação II) foi obtida uma amostra constituída por 13 enfermeiros-chefes e 183 enfermeiros subordinados.

No decurso deste trabalho será designado por grupo 1 o que é constituído pelos enfermeiros-chefes e por grupo 2 o que é constituído pelos enfermeiros subordinados.

3. 6. TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS

Qualquer instrumento de pesquisa deve permitir recolher a informação válida e pertinente realização do trabalho de investigação (Polit, 1994). Para a prossecução dos objectivos deste estudo optou-se pela utilização da entrevista semi-estruturada e do questionário, utilizando dois instrumentos de colheita de dados distintos e específicos para cada um dos grupos de sujeitos seleccionados: um para os enfermeiros-chefes e outro para os enfermeiros subordinados.

A entrevista, como técnica qualitativa, permite instaurar o contacto directo entre o investigador e o entrevistado, facilitando a apreensão das percepções, sentimentos, interpretações e experiências deste último. “A grande vantagem da entrevista é a sua adaptabilidade. Um entrevistador habilidoso consegue explorar determinadas ideias, testar respostas e investigar motivos e sentimentos, coisa que o inquérito nunca poderá fazer” (Quivy, 1992). O mesmo autor acrescenta que a entrevista semi-estruturada permite dispor de uma série de perguntas relativamente abertas, que possibilitam a abordagem do objecto de estudo em profundidade, sem demasiado controlo por parte da investigadora. Através dela, a informação a colher dos entrevistados não tem necessariamente que ser colocada e anotada sob a formulação prevista, permitindo uma maior liberdade de resposta ao entrevistado. Porém, o método da entrevista exige um cuidado especial por parte do entrevistador, quer no processo comunicacional, quer no processo de interacção humana com o entrevistado, para não haver influência nas informações produzidas. Segundo Quivy (1992), estes processos correctamente valorizados, permitem ao investigador retirar das suas entrevistas informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados.

A opção pela entrevista semi-estruturada baseou-se no facto de, através dela, poder construir-se um discurso não linear, durante o qual o entrevistador pode reorientar a entrevista. Por outro lado, o entrevistador pode intervir sempre que necessário, não tendo que se submeter à ordem ou ao conteúdo das perguntas previamente definidas.

As entrevistas foram orientadas por um guião pré-elaborado (anexo 1) mas adaptado a cada enfermeiro entrevistado, de acordo com a informação fornecida

e os esclarecimentos pretendidos. Foram gravadas em registo áudio e transcritas para posterior análise de conteúdo após terem sido dadas a ler e a assinar aos respectivos entrevistados. Foi garantido o anonimato quer do entrevistado, quer da instituição e prestadas informações gerais sobre os objectivos do trabalho e a importância das suas colaborações.

Tendo em conta a natureza do fenómeno que se pretende estudar e o tipo de estudo a efectuar, optou-se por utilizar também o questionário. Este aumenta a eficácia, a validade e a fiabilidade dos resultados. É um instrumento que permite uma utilização pedagógica, por ter um carácter muito preciso e formal na sua construção e aplicação prática (Azevedo, 1994).

O questionário de auto-preenchimento permite, por um lado, uma interferência mínima e distante do investigador, por outro, maximiza a privacidade dos respondentes, sentindo-se estes mais seguros relativamente ao anonimato das respostas. Desta forma, contribui para os sujeitos responderem mais livremente, minimizando a possível relutância da participação (por terem que caracterizar o seu superior hierárquico imediato no que respeita à liderança) e a possibilidade de respostas defensivas.

Por não haver instrumento de medida adequado, tendo em consideração as variáveis de estudo, foi construído um questionário pessoal intitulado “O impacto dos estilos de liderança dos enfermeiros-chefes na motivação dos enfermeiros seus subordinados”.

No grupo 1 (enfermeiros chefes), foi utilizado um instrumento de colheita de dados composto por pela entrevista semi-estruturada (através da qual se pretende obter informação sobre o percurso profissional, clima organizacional e estilo de liderança utilizado pelo enfermeiro-chefe), seguida de um questionário, através do qual se pretende mensurar aspectos específicos relativos ao comportamento do enfermeiro-chefe como líder. Este questionário foi dividido em duas partes: na parte I colhem-se dados relativos à caracterização do profissional (dados individuais); na parte II avalia-se o estilo de liderança praticado pelo enfermeiro-chefe através de uma escala tipo Likert, com cinco opções de escolha. São apresentadas 35 afirmações relativas a estilos e comportamentos de liderança, tendo o enfermeiro-chefe que se auto-caracterizar através da escolha

de uma das cinco possibilidades de resposta: “aplica-se muito frequentemente”; “aplica-se frequentemente”; “aplica-se moderadamente”; “aplica-se raramente” ou “não se aplica”.

No grupo 2 (enfermeiros subordinados) foi aplicado um questionário para mensurar aspectos relacionados com a percepção que os enfermeiros têm da liderança dos seus enfermeiros-chefes e também aspectos motivantes e desmotivantes do serviço onde trabalham. Este questionário foi dividido em três partes: na parte I colhem-se dados relativos à caracterização do profissional (dados individuais); na parte II avalia-se a percepção que os enfermeiros têm do estilo de liderança praticado pelo enfermeiro-chefe através de uma escala tipo Likert, com cinco opções de escolha. São apresentadas 35 afirmações relativas a estilos e comportamentos de liderança, tendo o enfermeiro-chefe que se auto-caracterizar através da escolha de uma das cinco possibilidades de resposta: “aplica-se muito frequentemente”; “aplica-se frequentemente”; “aplica-se moderadamente”; “aplica-se raramente” ou “não se aplica”. Na parte III procura-se conhecer factores motivantes e desmotivantes no trabalho dos enfermeiros.

Estes instrumentos foram aplicados no período de Outubro a Dezembro de 2005 nas unidades de saúde atrás mencionadas. Para tornar possível esta etapa, foram efectuados pedidos formais de autorização para a aplicação destes instrumentos aos Conselhos de Administração do CHC e do CROC, os quais foram formalmente autorizados (anexo 2).

3.7 - UNIDADES DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

A partir das questões orientadoras da entrevista semi-estruturada, dos conceitos base da liderança em enfermagem e dos domínios que definem as competências de liderança, foram definidas as seguintes Unidades de Análise:

Questões orientadoras e Unidades de Análise das entrevistas

Questões orientadoras	Unidades de análise
<i>Percurso profissional</i>	<ul style="list-style-type: none">• Estatuto e actividades• Conceito de liderança• Estilo de liderança
<i>Papel do profissional na categoria de enfermeiro-chefe</i>	<ul style="list-style-type: none">• Competências de liderança• Funções como líder• Contexto de liderança
<i>Ambiente de trabalho</i>	<ul style="list-style-type: none">• Determinantes relacionais• Resolução de conflitos

Do aprofundamento e desdobramento da temática em estudo surgiram as categorias operatórias. Segundo Vala (1996), cada categoria deve conter um termo-chave que indica a significação central do conceito que se pretende aprender, e de outros indicadores que descrevem o corpo semântico do conceito. Esta construção pode ser feita à priori, à posteriori ou ainda combinando estes dois processos. Yin (2001) acrescenta que, a análise de dados orientada por categorias teoricamente fundamentadas oferece qualidade ao trabalho. Seguidamente são apresentadas as Unidades, as Dimensões e as Categorias de Análise correspondentes, elaboradas com apoio do Decreto-lei 437/91 de 8 de Novembro – página 13 deste trabalho.

Unidades, Dimensões e Categorias de Análise

UNIDADES DE ANÁLISE	DIMENSÕES DE ANÁLISE	CATEGORIAS DE ANÁLISE
■ Estatuto e actividades	<ul style="list-style-type: none"> ■ Situação profissional ■ Actividades profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Enfermeiro chefe ■ Enfermeiro especialista com funções de chefe ■ Gestão de cuidados de enfermagem ■ Prestação de cuidados
■ Definição do conceito de liderança		<ul style="list-style-type: none"> ■ Inovar ■ Orientar, conduzir, dirigir em grupo para uma prestação de cuidados de qualidade ■ Motivar ■ Gerir recursos
■ Estilo de liderança		<ul style="list-style-type: none"> ■ Directivo ■ Apoiantes ■ Participativo ■ Orientador
■ Competências de liderança	<ul style="list-style-type: none"> ■ Regulamentadas ■ Praticadas 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bem regulamentada ■ Mal regulamentada ■ Actualizar normas e critérios de prestação de cuidados ■ Determinar necessidades em enfermeiros ■ Incrementar métodos de trabalho favorecedores de cuidados de qualidade ■ Avaliar a qualidade de desempenho ■ Favorecer boas relações interpessoais ■ Promover a formação contínua ■ Promover relacionamentos amistosos externos ■ Adaptar-se à mudança ■ Adequar o estilo de liderança às pessoas e às situações ■ Respeitar as capacidades e as necessidades dos subordinados ■ Apoiar-se nas opiniões dos subordinados
■ Determinantes relacionais	<ul style="list-style-type: none"> ■ Com a equipa ■ Entre a equipa 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bom relacionamento ■ Mau relacionamento ■ Unidos, cooperantes ■ Pouco unidos, pouco cooperantes

3. 8 – VARIÁVEIS DOS QUESTIONÁRIOS

O termo variável indica algo que varia e que, por conseguinte, pode apresentar diferentes valores. Trata-se de um aspecto observável de um determinado fenómeno ligado a outras variáveis em relação determinada, relação essa que pode ser de variação conjunta, associação, dependência e causalidade (Richardson, 1989).

Neste sentido e para que este estudo se tornasse mais compreensivo, houve necessidade de se definirem variáveis que possibilitassem seleccionar os dados a colher através dos questionários.

Considerou-se como variáveis dependentes ou de critério:

- Liderança
- Motivação

Considerou-se como variáveis atributo:

- Idade
- Sexo
- Serviço
- Habilitações académicas e profissionais
- Categoria profissional
- Tempo de exercício profissional
- Formação contínua dos enfermeiros-chefes

Considerou-se como constelações de interdependência:

- Factores de liderança
 1. estilos e comportamentos de liderança
 2. competências de liderança
 3. eficácia de liderança
- Factores de Motivação
 1. aspectos motivantes do trabalho nas unidades de saúde
 2. aspectos desmotivantes do trabalho nas unidades de saúde

3. 9 - TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Para o tratamento da informação colhida através das entrevistas utiliza-se a análise de conteúdo. Trata-se da técnica qualitativa mais ajustadas às finalidades descritivas e exploratórias deste estudo. Segundo Quivy (1992), a análise de conteúdo oferece a possibilidade de tratar metodicamente informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade. O autor afirma ainda que, melhor que qualquer outro método de trabalho, a análise de conteúdo, quando incide sobre um material rico e profundo, permite “satisfazer harmoniosamente as exigências do rigor metodológico”.

Carmo (1998), citando Berelson, define análise de conteúdo como

“Uma técnica de investigação que permite fazer uma descrição objectiva (porque deve ser realizada de acordo com determinadas regras e instruções claras e precisas, de modo a que diferentes investigadores, ao trabalharem sobre o mesmo conteúdo, obtenham os mesmos resultados); sistemática (porque o conteúdo deve ser ordenado e integrado em categorias, escolhidas em função dos objectivos do investigador) e quantitativa, por vezes, (porque se pode calcular a frequência dos elementos considerados significativos do conteúdo manifesto das comunicações, tendo por objectivo a sua interpretação) ”.

Segundo Richardson (1989, p.188), “toda a análise de conteúdo supõe a desagregação de uma mensagem nos seus elementos constitutivos, chamados unidades de registo, que correspondem aos segmentos de conteúdo considerados como unidades base de análise”.

Os critérios para interpretar os dados foram baseados nas referências teóricas e nas categorias construídas à *priori*, ainda que com ligeiras reformulações inerentes aos discursos produzidos, pretendendo-se obter aspectos gerais relativos aos modelos teóricos descritos.

Após uma análise saturada dos dados colhidos, foram identificadas e codificadas as unidades de contexto com cores diferentes e códigos identificativos, de acordo com o que Bogdan e Biklen (1994) preconizam. Posteriormente foi construída uma grelha com as unidades de análise,

dimensões, categorias e excertos representativos das entrevistas. As unidades de análise comuns aos discursos das entrevistas pretendem ser trianguladas com os resultados dos questionários. Este exercício reflexivo e o recurso aos fundamentos teóricos permitem uma compreensão e interpretação da informação no seu contexto.

Para tratamento da informação colhida através dos questionários, utilizam-se técnicas estatísticas descritivas e analíticas.

Estatística descritiva: frequências absolutas, percentuais e médias.

Estatística analítica: matrizes de correlação para avaliar eventuais relações de variáveis.

A apresentação dos resultados será feita através de quadros, gráficos e tabelas, salientando-se os dados mais relevantes, obedecendo à ordem por que foi aplicado o instrumento de colheita de dados.

Apesar dos instrumentos de colheita de dados serem constituídos por algumas variáveis categoriais (nominais), nomeadamente as que caracterizam a amostra, e por variáveis ordinais, as referentes às escalas, os somatórios e as médias destas podem ser tratados estatisticamente como se fossem medidas intervalares e, por isso, susceptíveis de análise por testes paramétricos (Kiess et al, 1985).

3.10 - ESTUDO PILOTO PRÉVIO

Não havendo em Portugal instrumentos adequados para avaliar o estilo(s) que permite ao enfermeiro-chefe obter níveis elevados de motivação dos enfermeiros seus subordinados, colocou-se o grande desafio de construir um instrumento que melhor identificasse o problema em estudo e se adequasse à população seleccionada. Havendo a consciência de que construir um instrumento tem vantagens (ser fiel ao estudo) mas também tem desvantagens (não haver aferição desse instrumento), enveredou-se por este caminho no âmbito da dissertação de mestrado, esperando-se, após a sua conclusão, melhorar o instrumento de avaliação construído bem como o aprofundamento desta temática.

O estudo piloto teve como objectivo testar o número, o impacto e a pertinência das questões dos questionários pilotos (pré-teste), de forma a identificar dificuldades sentidas nas respostas, a fim de poderem ser tomadas decisões de reformulação quanto à duração do questionário, apresentação gráfica, forma de preenchimento e devolução.

PRÉ-TESTE

Segundo Pardal e Correia (1995), os preparativos de construção de um questionário válido, capaz de recolher a informação de procedimentos metodológicos e técnicos, vão desde a formulação do problema até à aplicação (numa amostra reduzida similar à amostra – estudo). Este estudo-piloto, facultados dados empíricos susceptíveis de melhoramento do questionário.

Para avaliar a validade, precisão, clareza e compreensibilidade da formulação das questões dos instrumentos de pesquisa, foi realizado o pré-teste a 10 enfermeiros do Hospital Distrital de Pombal.

Para que os inquiridos percebessem a finalidade, os objectivos e a importância do rigor das respostas, foi apresentada uma carta contendo estas informações juntamente aos questionários. Foi igualmente explicada a garantia do anonimato e a confidencialidade dos questionários.

Após o preenchimento, foram trocadas algumas impressões, com base no método de reflexão falada, no sentido de validar a aplicabilidade dos instrumentos (anexo 3). A análise e avaliação dos resultados obtidos neste método de reflexão permitiram rever, corrigir e modificar algumas questões dos questionários, que foram aferidas e clarificadas, de forma a tornar mais fácil a sua interpretação.

A partir daí, foram elaboradas as versões definitivas dos instrumentos, considerando, por isso, a reflexão falada de grande utilidade para a identificação de dúvidas, detecção de erros, aferição de terminologias e reformulação de alguns *items*.

O tempo que decorreu para a realização do pré-teste mediou entre a segunda quinzena de Julho e a primeira de Agosto.

CAPÍTULO IV

Análise e Discussão dos Resultados

4 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo faz-se a apresentação descritiva e analítica dos resultados obtidos, de forma a apresentar e descrever a população em estudo e os resultados das suas opiniões. Em primeiro lugar faz-se uma análise descritiva dos sujeitos da amostra de forma a permitir a sua caracterização geral, para, de seguidamente se proceder à análise e discussão dos resultados obtidos relativamente aos estilos e competências de liderança dos enfermeiros chefes. Termina-se com análise e discussão dos resultados referentes à motivação dos enfermeiros subordinados: aspectos motivantes e aspectos desmotivantes.

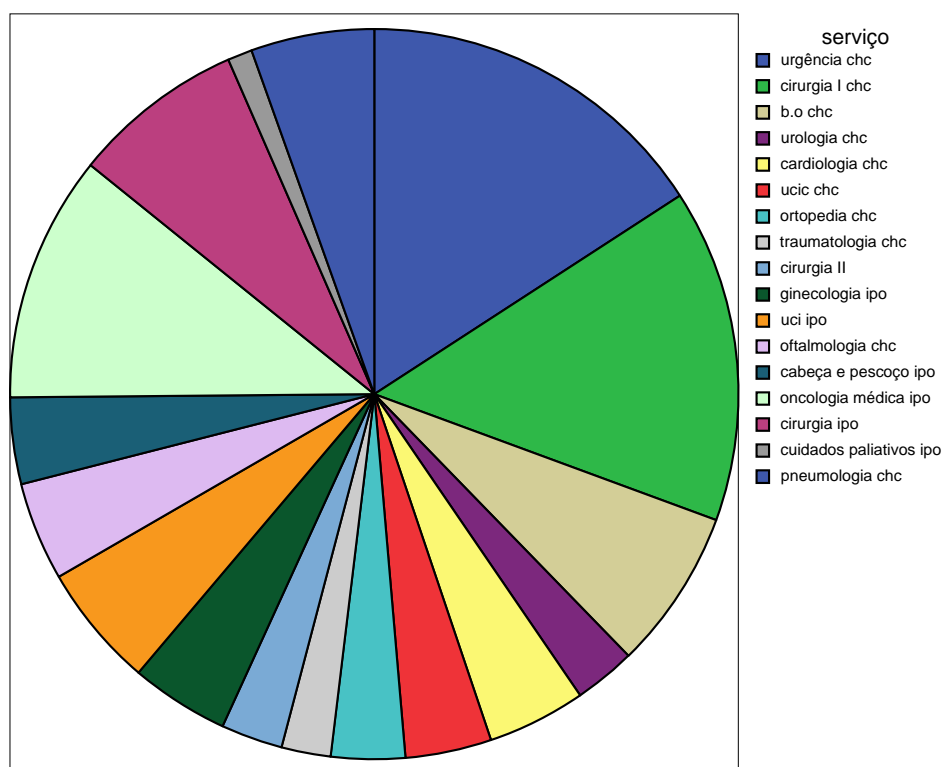
4.1- Análise Descritiva dos Sujeitos da Amostra

A análise descritiva refere-se ao tratamento, interpretação e apresentação de dados resultantes da aplicação dos instrumentos de pesquisa, dirigidos aos enfermeiros chefes e enfermeiros seus subordinados.

4.1.1 - Caracterização dos Enfermeiros Subordinados

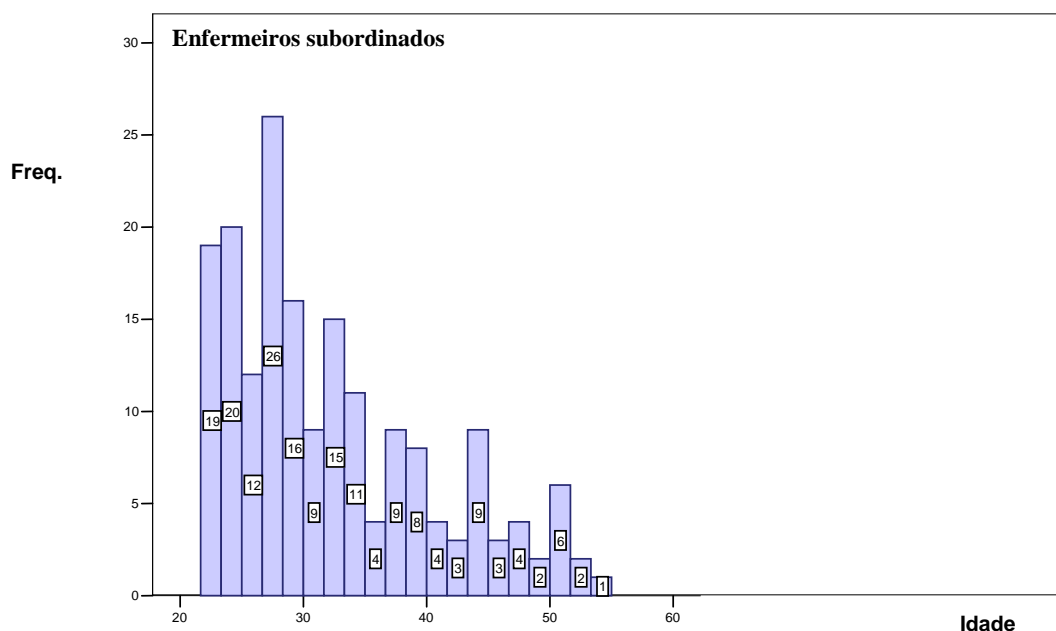
Foram entregues 401 questionários aos enfermeiros subordinados, dos quais 225 responderam (56,1%), 176 não responderam (43,9%) e foram anulados 42 (10,5%), por estarem indevidamente preenchidos. A amostra final ficou constituída por 183 enfermeiros subordinados ou seja, 45,6% da amostra inicial, distribuídos segundo o gráfico nº1. Foram eliminados 10,5% dos questionários. Pensa-se que poderão ter interferido nestes valores quer a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros, quer a própria delicadeza do tema.

Gráfico nº1
Questionários entregues por serviço



Dos 183 enfermeiros subordinados respondentes, a maioria é do sexo feminino (68,3%), com faixa etária mais volumosa entre os 25 e os 28 anos de idade, portanto, bastante jovens na profissão (gráfico nº2). Estes resultados evidenciam ainda que enfermagem continua a ser uma profissão fundamentalmente praticada pelo sexo feminino.

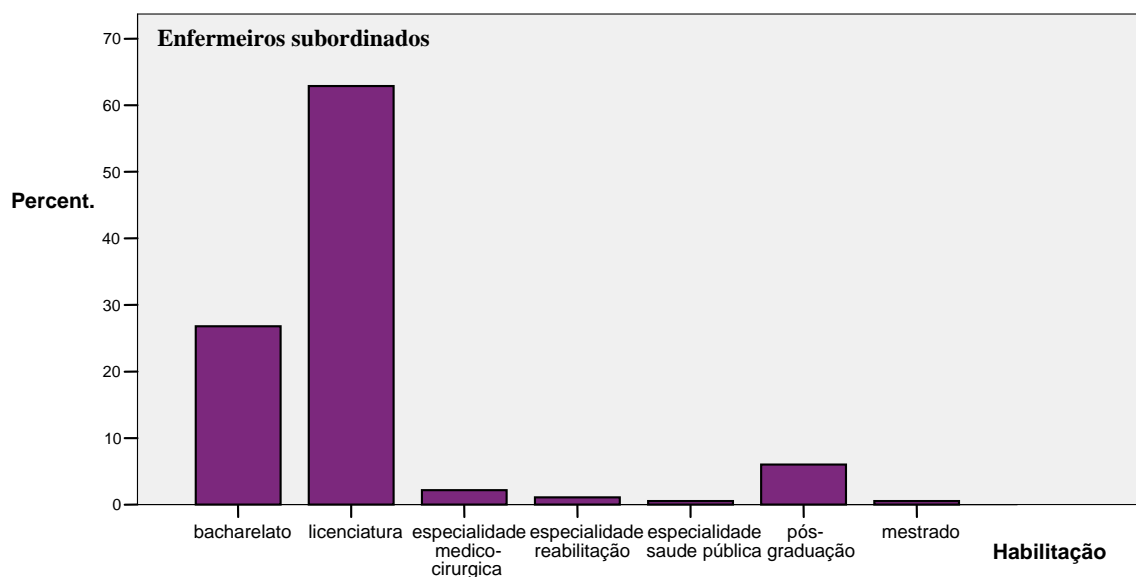
Gráfico nº2

Distribuição por idade

Relativamente às habilitações académicas e profissionais dos enfermeiros subordinados (gráfico nº3), a maioria são licenciados (62,8%; n=115)); 2,2% (n=4) têm especialidade em enfermagem médico-cirúrgica; 1,1% (n=2) são especialistas em enfermagem de reabilitação e existe apenas 1 caso de especialidade em saúde pública (0,5%). Verifica-se uma percentagem mais elevada de enfermeiros com pós-graduação (6%) do que com especialidade (4,37%). Este facto parece estar relacionado com o congelamento das especialidades entre 2000 e 2004. Despoletou-se, a partir de então, uma procura maior de formação profissional na área das pós-graduações.

Gráfico nº3

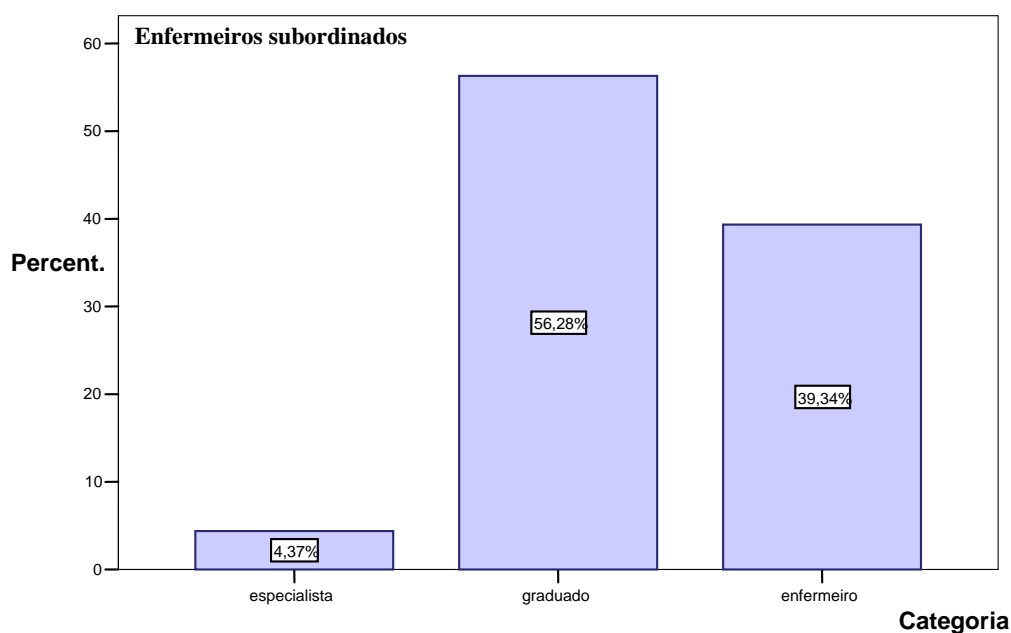
Distribuição dos enfermeiros subordinados por habilitações



Quanto à categoria profissional dos enfermeiros subordinados, evidencia-se a de Graduação (56,8%), seguindo-se a de Enfermeiro (39,34%) e por último a de Especialista (4,37%).

Gráfico nº4

Distribuição dos enfermeiros subordinados por categoria profissional



Os enfermeiros subordinados respondentes têm uma média de 9 anos de experiência profissional; 5 anos de categoria e 6 anos de desempenho de funções no serviço actual. A maioria tem vínculo à função pública (72,7%, n=133), conforme demonstra a tabela seguinte.

Tabela nº12

Condição contratual dos enfermeiros subordinados

Condição contratual	Frequência	Percentagem
Com vínculo à função pública	133	72,7
Sem vínculo à função pública	50	27,3
Total	183	100,0

4.1.2 - Caracterização dos Enfermeiros Chefes

Dos 16 questionários entregues aos enfermeiros chefes, 13 responderam (81,3%) e 3 não responderam (18,8%). A amostra final ficou então constituída por 13 enfermeiros-chefes (81,3%). Constatou-se que a percentagem de participação dos enfermeiros chefes foi substancialmente superior à dos enfermeiros subordinados (81,3% contra 45,6%). Este facto vem reforçar a ideia de que o excesso de trabalho a que os enfermeiros têm vindo a ser submetidos e a própria natureza do tema em estudo foram factores condicionantes à participação válida pelo preenchimento de questionários. É admissível que para uma população de enfermeiros tão jovem possa ser constrangedor pronunciar-se sobre o seu chefe e características do seu trabalho.

No que respeita ao género, verifica-se uma ligeira predominância de enfermeiros chefes do sexo masculino (54,55%), contra 45,45% de enfermeiros chefes do sexo feminino, conforme a tabela seguinte (nº13):

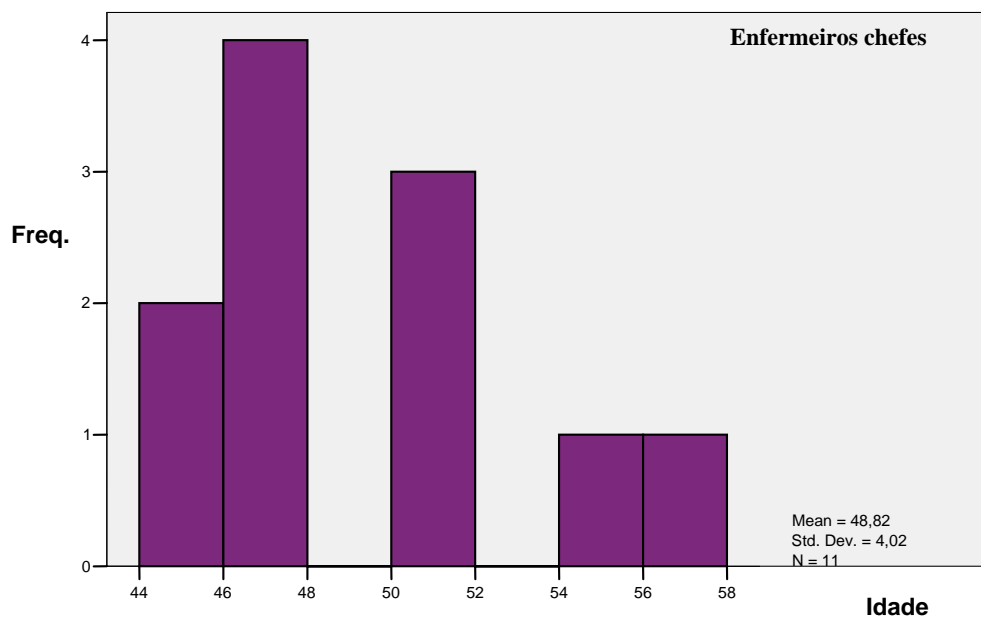
Tabela nº13

Distribuição dos enfermeiros chefes por sexo

Sexo	Frequência	Percentagem
masculino	5	45,5
feminino	6	54,5
Total	11	100,0

A média de idades é de 49 anos, em que o mais novo tem 44 anos e o mais velho 57 anos, segundo a distribuição representada no gráfico nº5. Possuem larga experiência profissional (27 anos de tempo médio de profissão); 10 anos de categoria e 7 anos de desempenho de funções no serviço actual.

Gráfico nº5

Distribuição dos enfermeiros chefes por idade

Quanto à formação académica e profissional, existe um caso único em que o enfermeiro chefe é licenciado mas não é especialista (gráfico nº6). Ocupa, neste caso, o lugar por convite e não por concurso público, conforme esclarecem as entrevistas E2, E5, E6. De facto, o concurso público exige como condição de admissão para a categoria de enfermeiro chefe, a posse de uma especialidade de

enfermagem. Na ausência desta, o acesso à categoria sob a forma de convite impossibilita o enfermeiro de usufruir das regalias legalmente previstas.

“ Sou enfermeira especialista e há dois anos atrás fui **convidada** pela enfermeira directora para vir desempenhar funções de chefia” (E3).

“...estive a exercer funções de especialista ... onde **já substituí**a, por vezes, o chefe nas suas ausências...” (E2).

“...após a especialidade fui **convidada** pela enfermeira chefe para **colaborar** directamente com ela e gostei” (E5)

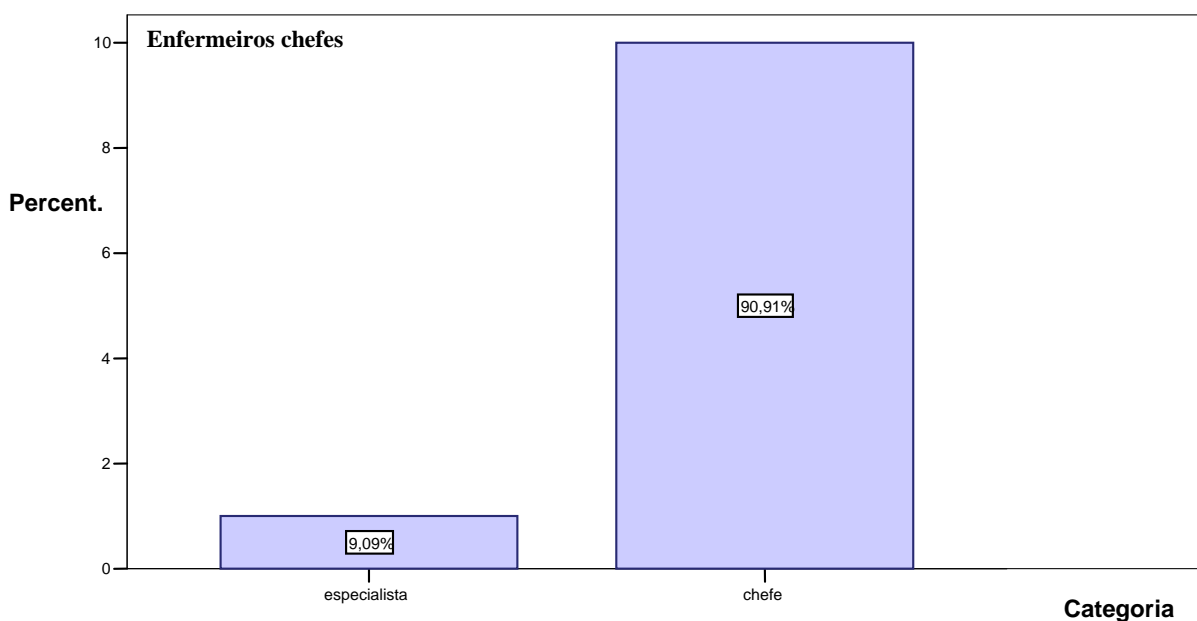
“...fui **convidada** para vir cá **chefiar** o serviço ainda como enfermeira de reabilitação...” (E6).

Ainda relativamente às habilitações, destacou-se um caso único em que o enfermeiro chefe é mestre. Os restantes 9 são especializados nas diversas áreas de enfermagem, sendo que a especialidade mais frequente é a de reabilitação (27,3%, n=3) e a menos frequente é a de saúde mental e psiquiátrica (9,1%, n=1).

O investimento em formação académica e profissional dos enfermeiros-chefes é, portanto, muito reduzido. Talvez se justifique porque os benefícios daí advenientes não têm grande impacto nem na progressão na carreira, nem na remuneração.

Gráfico nº6

Distribuição dos enfermeiros chefes por categoria



4.2- Análise Descritiva dos Resultados

Nos capítulos seguintes faz-se a descrição e análise dos resultados obtidos da aplicação dos questionários à população de enfermeiros em meio hospitalar.

4.2.1 - Estilos e competências de liderança

Quando os enfermeiros chefes são questionados quanto ao **estabelecimento de metas** com os seus subordinados, a maioria considera fazê-lo frequentemente (70%). Porém, na opinião dos enfermeiros subordinados, o estabelecimento de metas é frequente em apenas 28,95% dos casos, sendo mais expressivamente moderado (33,88%).

Enfermeiros chefes

Estabelecimento de metas	Frequência	Percentagem	Percent. Válida %	Percent. Acumulada %
muito frequente	1	9,1	10,0	10,0
frequente	7	63,6	70,0	80,0
moderadamente	1	9,1	10,0	90,0
raramente	1	9,1	10,0	100,0
Total	10	90,9	100,0	
Não respondeu	1	9,1		
Total	11	100,0		

Tabela nº14 – Respostas dos enfermeiros chefes relativamente ao estabelecimento de metas com os enfermeiros subordinados

Enfermeiros subordinados

Estabelecimento de metas	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
muito frequentemente	21	11,5	11,5
frequentemente	53	29,0	40,4
moderadamente	62	33,9	74,3
raramente	34	18,6	92,9
nunca	13	7,1	100,0
Total	183	100,0	

Tabela nº15 - Respostas dos enfermeiros subordinados relativamente ao estabelecimento de metas com os enfermeiros chefes

No que respeita à **aceitação das práticas correntes do serviço**, 60% dos enfermeiros chefes aceitam-nas de forma moderada e 20% afirmam aceitá-las frequente e muito frequentemente (gráfico nº7). Na opinião dos enfermeiros subordinados 39,3% dos seus chefes aceitam frequentemente as práticas correntes do serviço (gráfico nº8).

Evidencia-se, por conseguinte, o conformismo perante as práticas correntes do serviço. As rotinas são facilmente aceites pelos enfermeiros chefes, os quais não parecem sentir a necessidade de as questionar, reformular ou extinguir. Esta forma de estar perante o que é rotineiro pode comprometer o papel do enfermeiro chefe enquanto líder. Acreditando em Simões e Neide (2003), o enfermeiro, para desenvolver uma liderança eficaz, deve estar disposto a rejeitar as rotinas, a confrontar questões e a implementar acções que levem à mudança.

Gráfico nº7

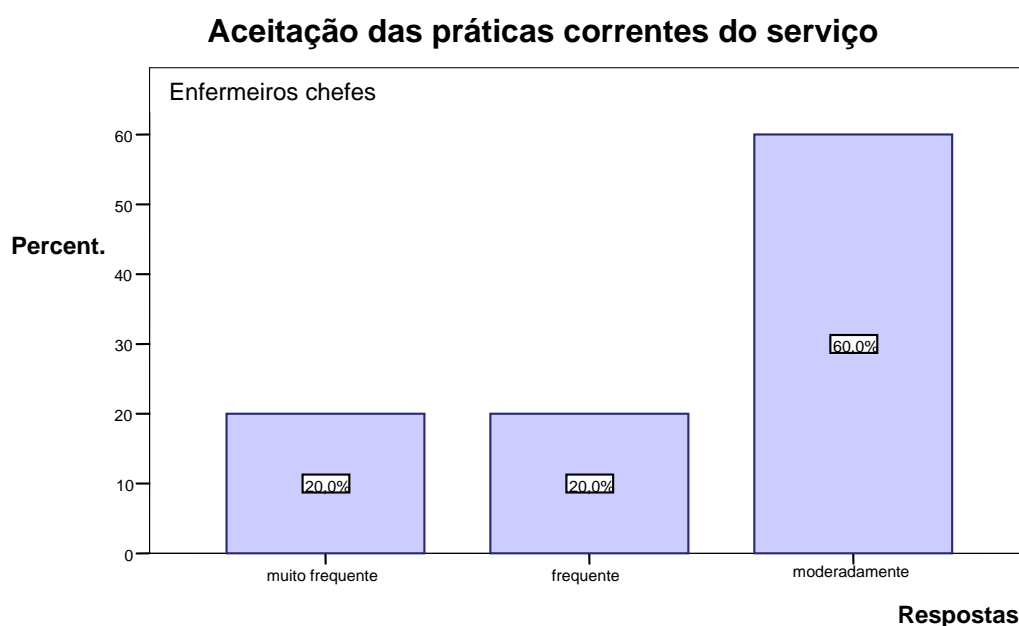
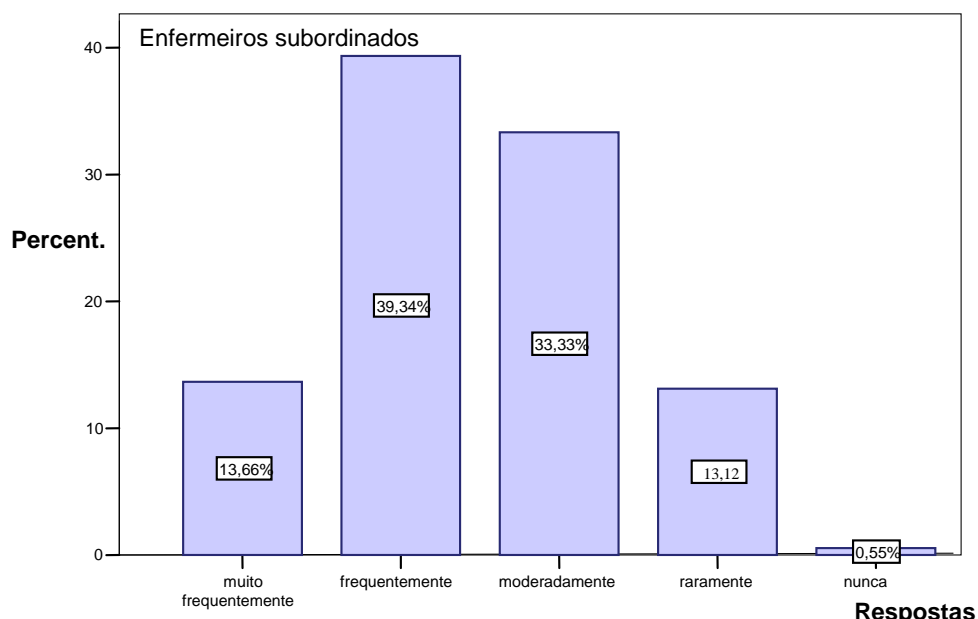


Gráfico nº8

Aceitação das práticas correntes do serviço

No âmbito do **grau de consideração** em que os enfermeiros chefes têm os seus subordinados, 40% dos enfermeiros chefes consideram partilhar moderadamente ideias e sentimentos pessoais com os seus subordinados, 30% frequentemente e 20% muito frequentemente (gráfico nº9). As respostas dos enfermeiros subordinados estão em conformidade com as dos seus chefes (gráfico nº10).

Gráfico nº9

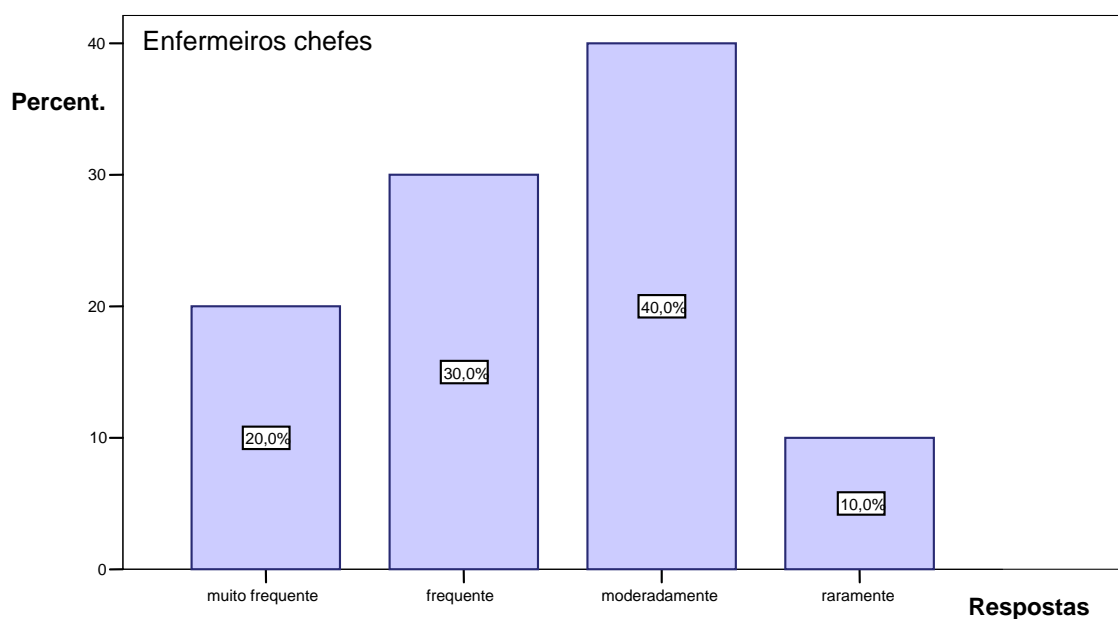
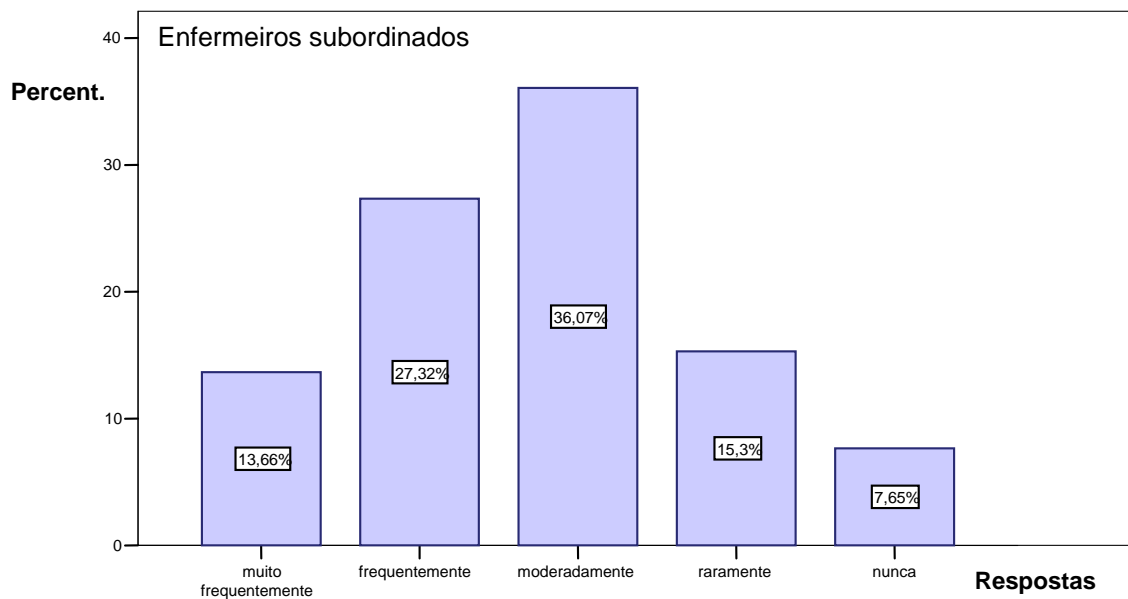
Partilha de ideias e sentimentos pessoais com os subordinados

Gráfico nº10

Partilha de ideias e sentimentos pessoais com os subordinados



Ainda relativamente ao grau de consideração, 40% dos enfermeiros chefes respondentes consideram que frequente e muito frequentemente respeitam as ideias e os sentimentos dos seus subordinados e os ajudam nos seus problemas pessoais (gráfico nº11). Dos enfermeiros subordinados inquiridos (gráfico nº12), destacam-se os que também consideram que os seus chefes respeitam frequentemente as suas ideias e sentimentos e os ajudam nos seus problemas pessoais (35,52%).

As respostas dos enfermeiro-chefes e seus subordinados mostram que existe, habitualmente, respeito pelas ideias e sentimentos dos subordinados e que, inclusivamente, os enfermeiros chefes os ajudam nos seus problemas pessoais. Estes enfermeiros chefes denotam assim elevado potencial quer para a consideração (Ohio State university) quer para o funcionário (Michigan University). Serão, portanto, pessoas capazes de ajudar os seus subordinados como amigos, capazes de se mostrarem disponíveis, capazes de manifestarem interesse especial pelas necessidades dos seus subordinados. Valorizarão as relações interpessoais entre a equipa de enfermagem que lideram e aceitarão as

diferenças individuais entre os seus elementos. A teoria indica que estes líderes originam, geralmente, elevado desempenho e satisfação nos seus subordinados.

Gráfico nº11

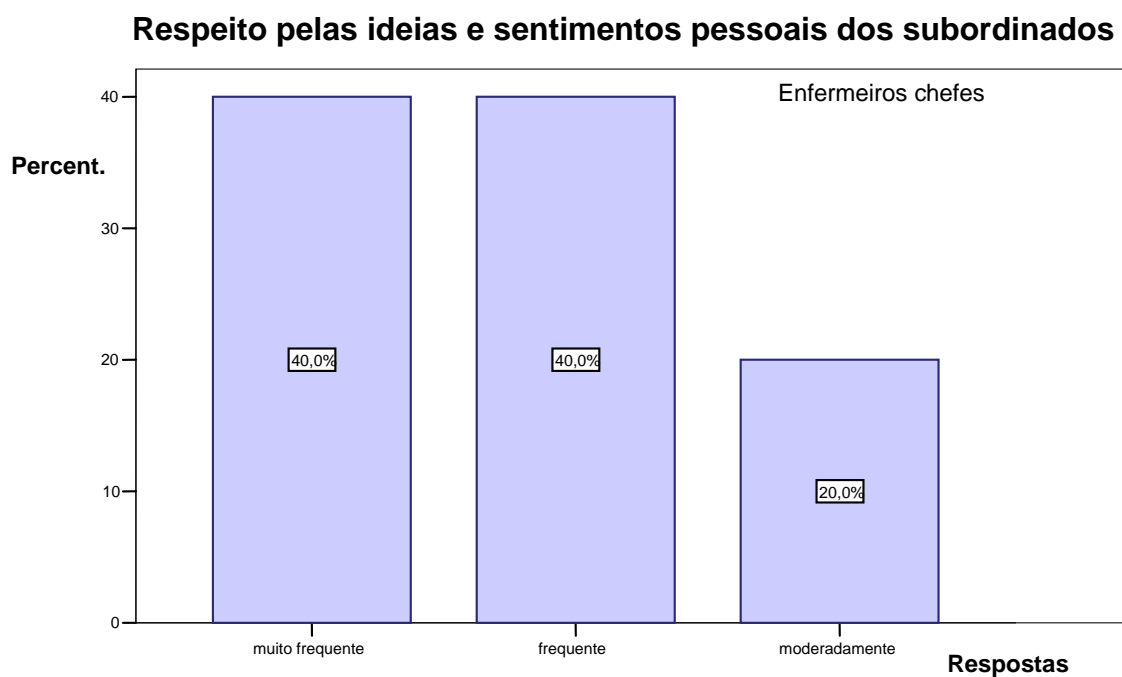
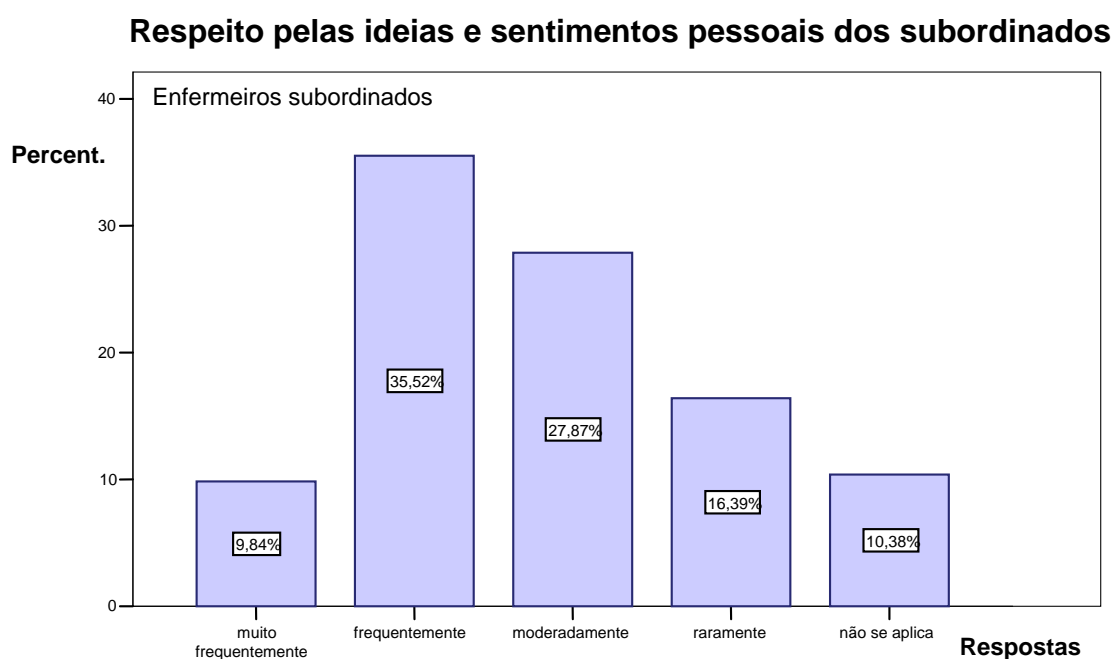


Gráfico nº12



No âmbito da **imparcialidade no tratamento**, 60% dos enfermeiros chefes questionados negam tratar de modo desigual os seus subordinados (gráfico nº13). A este nível destacam-se os excertos das entrevistas dos enfermeiros chefes, E1, E4, E8, E9, E11 :

“... relação próxima de **todos** os meus colaboradores” (E9).

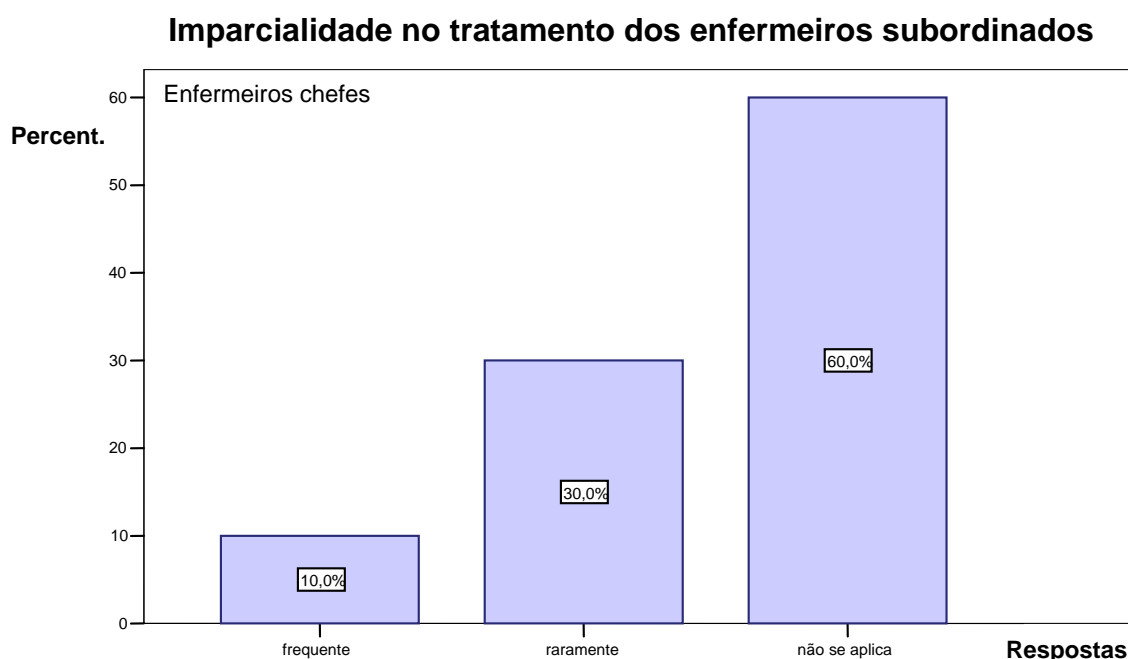
“.. relação próxima com **todo** o grupo, temos um bom relacionamento” (E11).

“...relação muito próxima, de amizade, inclusivamente, com **grande parte** da equipa” (E1).

“Há uma relação ...com **aqueles** que já cá estavam na minha altura de maior proximidade.... Essa relação vai ser sempre diferente das pessoas que estão cá há menos tempo” (E4).

“...**há pessoas** que conseguem promover algum mal-estar, que nem sempre é fácil, da minha parte e dos outros elementos, combater” (E8).

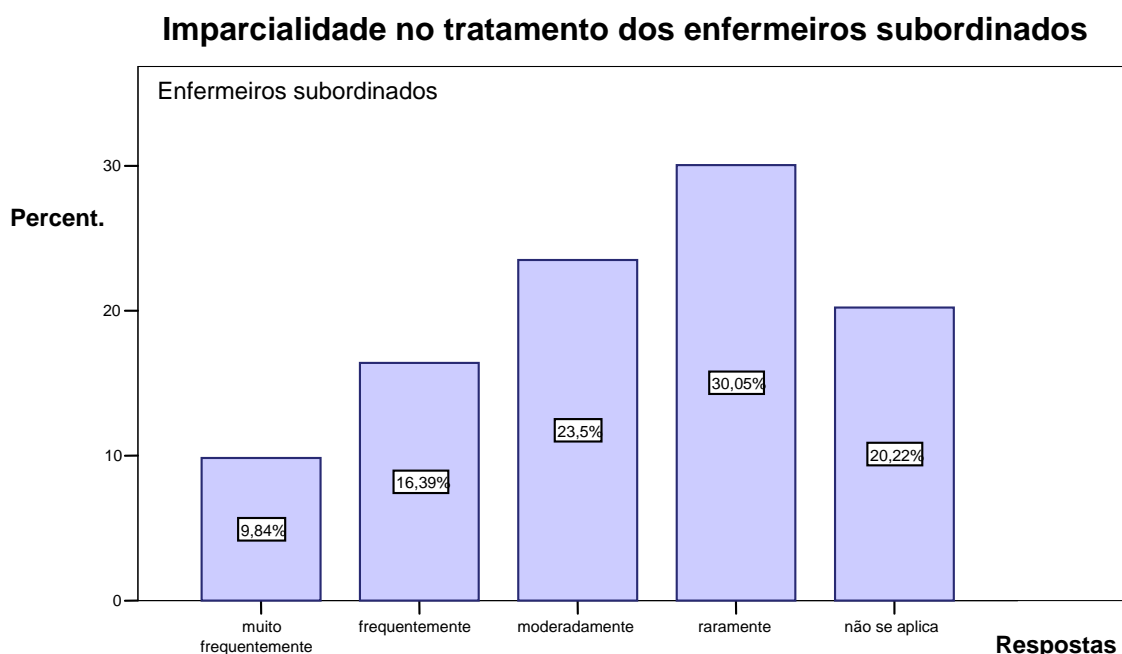
Gráfico nº13



A opinião dos enfermeiros subordinados, a este respeito vai de encontro à dos chefes. A fatia mais expressiva (gráfico nº14) está naqueles que consideram que raramente são desigualmente tratados pelos seus chefes (30,05%).

Verifica-se assim que os enfermeiros chefes da população estudada tendem a tratar de igual forma os enfermeiros seus subordinados.

Gráfico nº14



Na linha das respostas anteriores dos enfermeiros chefes sobre a imparcialidade de tratamento, estão as respostas relativas à existência de um grupo preferido de subordinados.

Continua a transparecer a tendência do enfermeiros chefes para tratar os subordinados de igual forma (gráfico nº15), ainda que os subordinados considerem que moderada (27,32%) a frequentemente (23,5%) os seus chefes têm um grupo de subordinados com o qual se relacionam melhor (gráfico nº16).

É, neste contexto, interessante analisar-se o excerto da entrevista E4, já que esta vem contrapor a opinião expressa pela generalidade dos enfermeiros chefes, retratando vivamente a teoria da Troca Líder-Membro, segundo a qual os líderes tratam os seus subordinados de modo diferente de acordo com o factor tempo:

“Há uma relação ...com **aqueles** que já cá estavam na minha altura de maior proximidade.... Essa relação vai ser sempre diferente das pessoas que estão cá há menos tempo” (E4).

Este enfermeiro chefe manifesta que, ao longo do tempo veio a estabelecer uma relação especial, mais próxima, com um pequeno grupo de subordinados (aqueles com quem já trabalhava antes de ser chefe). Pela teoria da Troca Líder-Membro, este enfermeiro dispensa a este subgrupo de enfermeiros subordinados uma quantidade desproporcional de atenção face aos restantes elementos, resultando, desta relação, privilégios especiais para os primeiros. Estes enfermeiros mais próximos, segundo esta teoria, terão índices mais elevados de desempenho, menos rotatividade e maior satisfação com o papel do chefe e outros superiores.

Gráfico nº15

Grupo preferido de subordinados

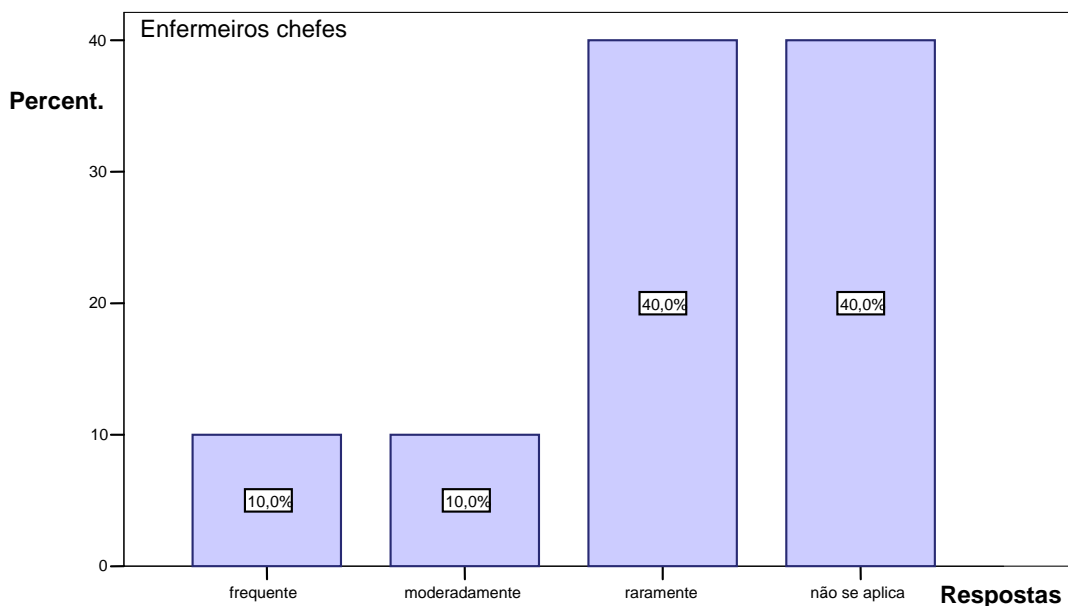
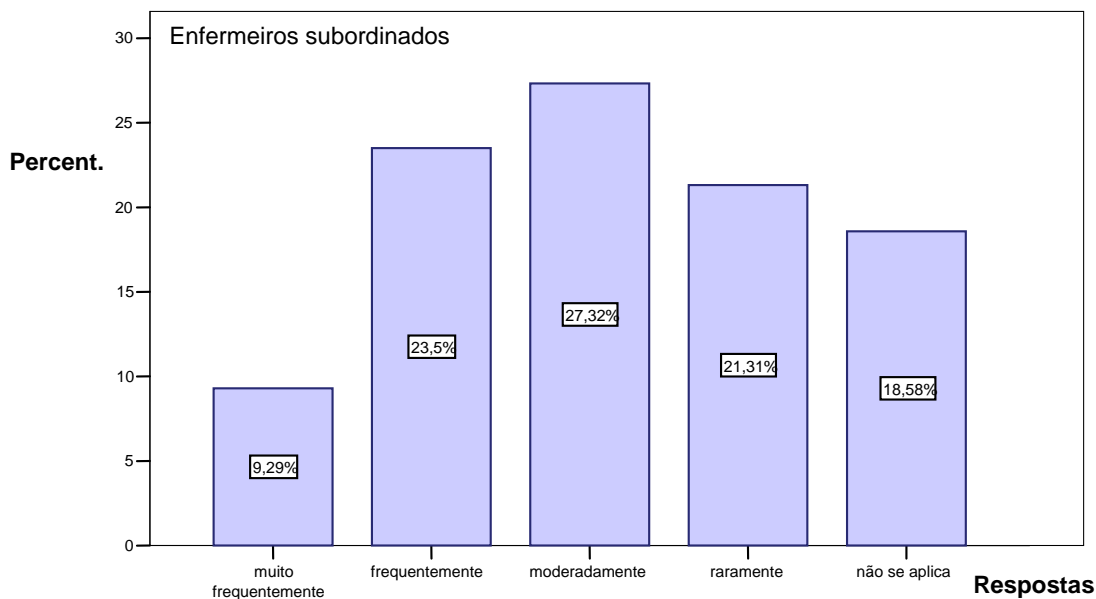


Gráfico nº16

Grupo preferido de subordinados



No âmbito do poder, os enfermeiros chefes continuam, à semelhança do que dizem estudos anteriores, a ser reconhecidos pelo **poder de legitimidade** (gráfico nº17). Isto é, sentem-se respeitados pela posição que ocupam no serviço. São 50% os que se consideram frequentemente respeitados pela sua posição.

Também grande parte (41,3%) dos enfermeiros subordinados reconhece que frequentemente os seus chefes se afirmam pelo poder de legitimidade (gráfico nº18). Ao nível das entrevistas, existem também expressões que vão de encontro a estes dados estatísticos:

“Represento o **topo da carreira** e **sou respeitado como tal**” (E2).

“**Sou a líder** do grupo pelo que, de algum modo me **distingo primeiro pela categoria de enfermeira chefe**” (E5).

A posição hierárquica, ainda que em declínio, continua a ser uma muleta na liderança em enfermagem.

Gráfico nº17

Respeito pela posição que o enfermeiro chefe ocupa no serviço

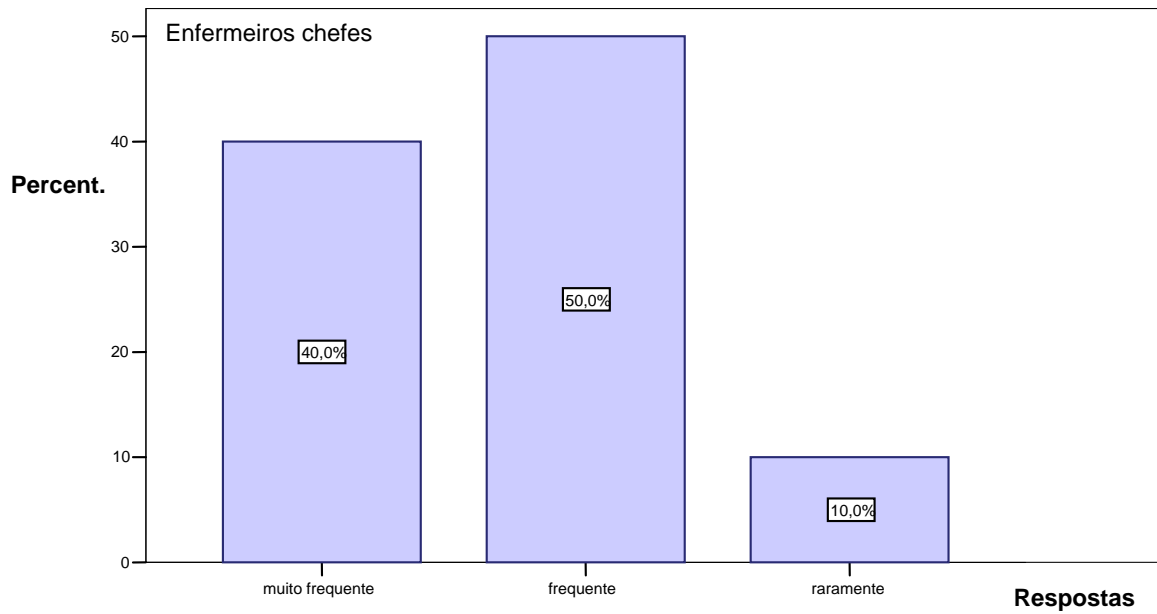
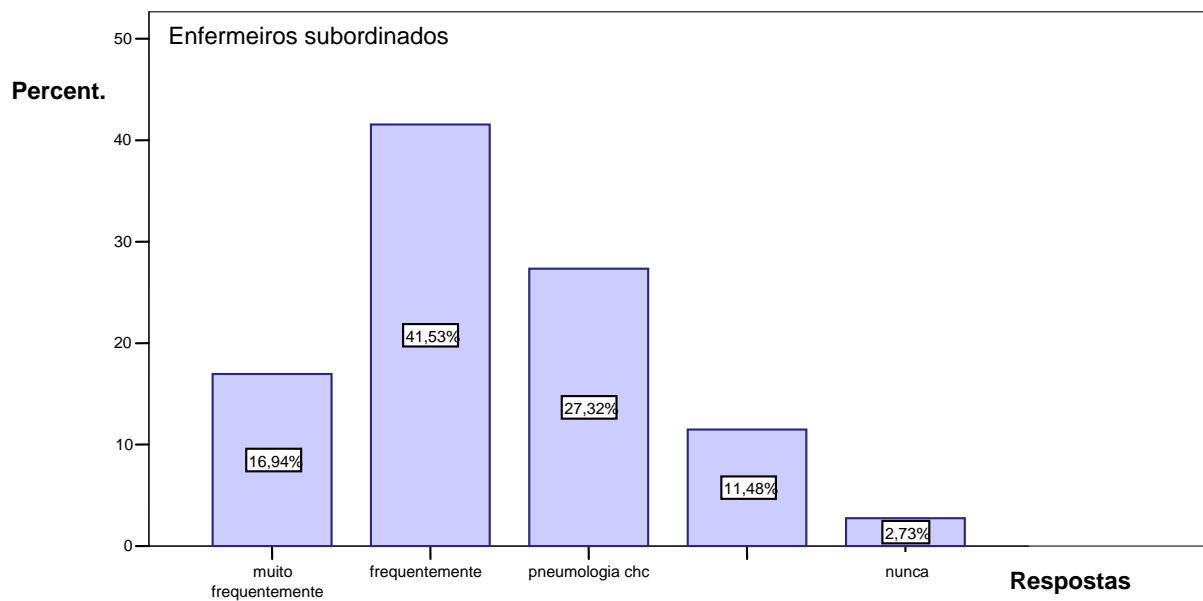


Gráfico nº18

Respeito pela posição que o enfermeiro chefe ocupa no serviço



O elevado nível de poder de legitimidade dos enfermeiros chefes parece estar também relacionado com o cumprimento e empenhamento dos enfermeiros subordinados nas tarefas que lhes são distribuídas. Os enfermeiros subordinados percebem que os chefes merecem esse empenhamento face à posição que ocupam na carreira, por isso aceitam obedientemente as suas indicações (gráfico nº23 e nº24).

No que respeita ao **poder de referência**, verifica-se que este se apresenta fracamente evidente. Os enfermeiros chefes sentem-se fracamente vistos como modelos a seguir pelos seus subordinados (gráfico nº19). Esta posição é corroborada pelos enfermeiros seus subordinados (gráfico nº20). Cerca de 38,25% consideram também que o poder de referência dos seus chefes é apenas moderado.

Gráfico nº19

O enfermeiro chefe como modelo a seguir

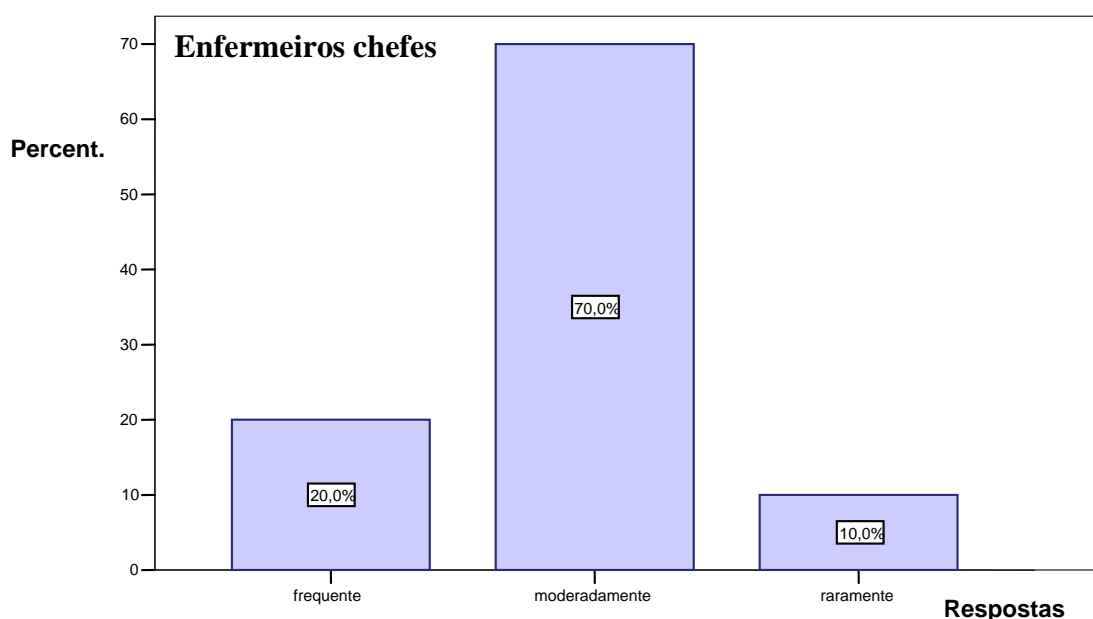
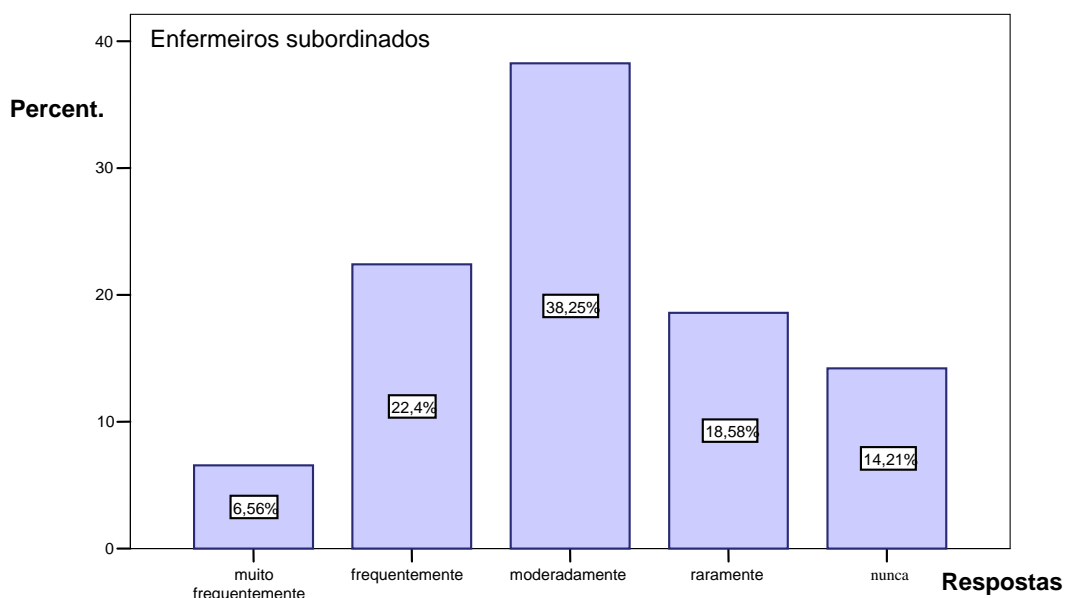


Gráfico nº20

O enfermeiro chefe como modelo a seguir

Apesar dos enfermeiros chefes apresentarem fraco poder de referência, verifica-se, porém, forte tendência para o poder de competência. A maioria considera que raramente (50%) ou nunca (40%) sente a sua autoridade fragilizada pelo poder dos conhecimentos especializados de alguns elementos da equipa (E1, E4, E5). Apenas 10% dos enfermeiros chefes sente, ainda que raramente, o seu poder de competência fragilizado (E8). Nesta situação, é possível que os conhecimentos especializados dos enfermeiros subordinados fragilizem a autoridade do enfermeiro chefe.

A corroborar evidência estatística destacam-se as seguintes expressões das entrevistas realizadas:

“...o que me **distingue**, primeiro que tudo, é a minha **competência técnica**” (E1).

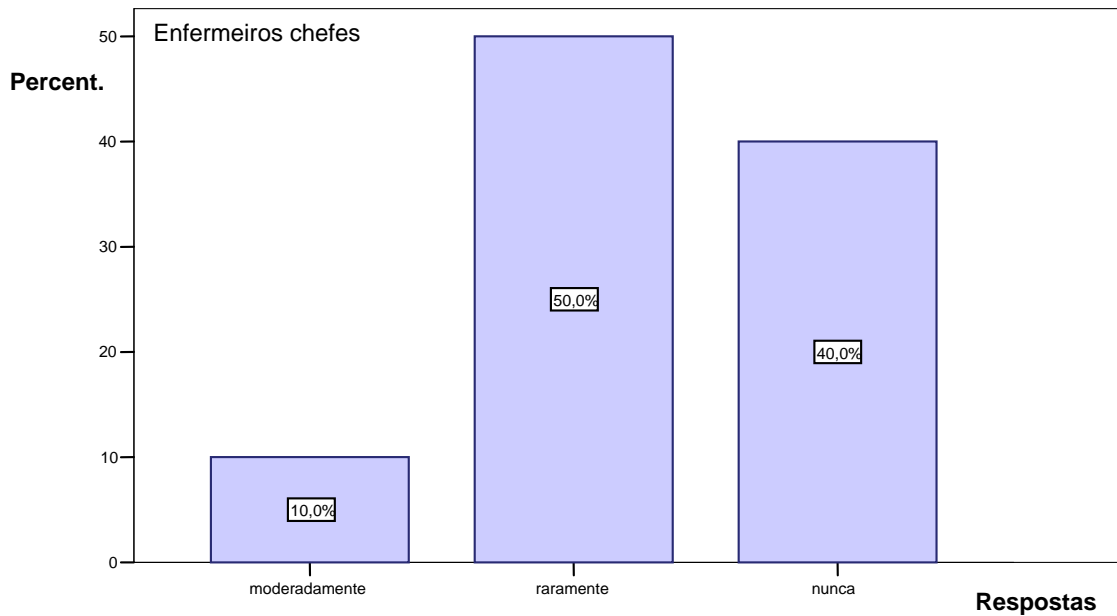
“... o ter **mais experiência**...”(E4).

“...**conhecimentos técnico-científicos** que me permitem criar alguma diferença entre os colegas” (E5).

“... em **termos técnicos**, a maior parte dos **elementos tem mais destreza do que eu**” (E8).

Gráfico nº21

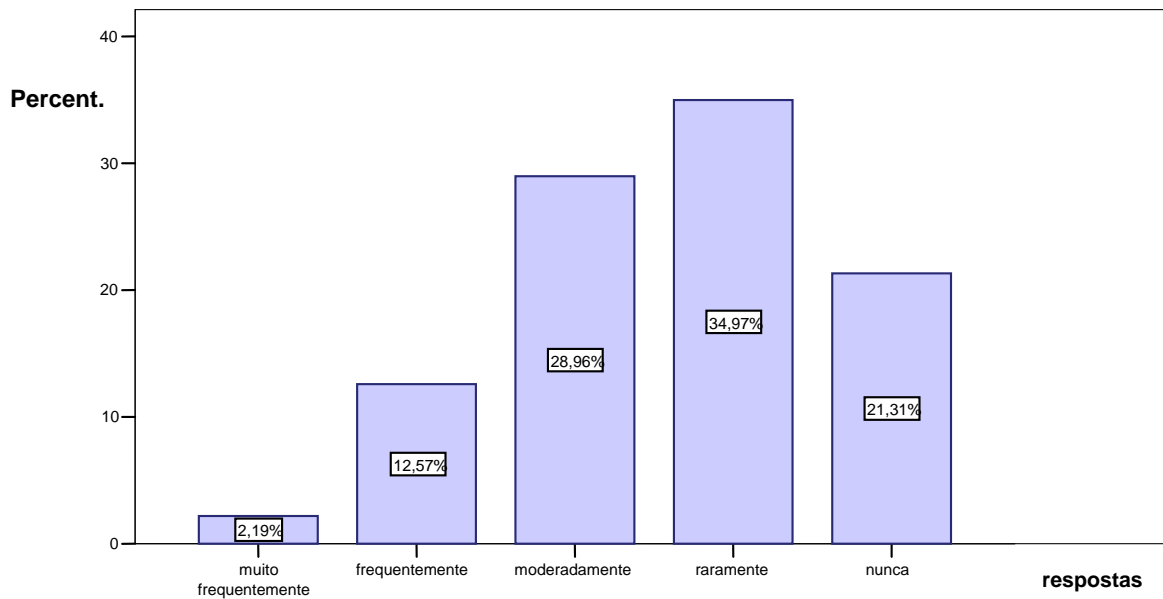
Grau de poder de competência dos enfermeiros chefes



Também os enfermeiros subordinados são da opinião de que não é habitual o enfermeiro chefe ver as suas competências fragilizadas. Uma percentagem de 34,97% afirma que raramente esta situação ocorre e 21,31% considera mesmo que tal nunca se verifica (gráfico nº22). O que parece confirmar um investimento permanente dos enfermeiros chefes em formação contínua para actualização dos conhecimentos.

Gráfico nº22

Grau de poder de competência dos enfermeiros chefes



Os enfermeiros chefes, respeitados pela sua posição e competência, conseguem, obter elevado nível de empenhamento da equipa nas tarefas que lhes são distribuídas, conforme os dois gráficos seguintes demonstram.

Gráfico nº23

Empenhamento nas tarefas distribuídas pelo enfermeiro chefe

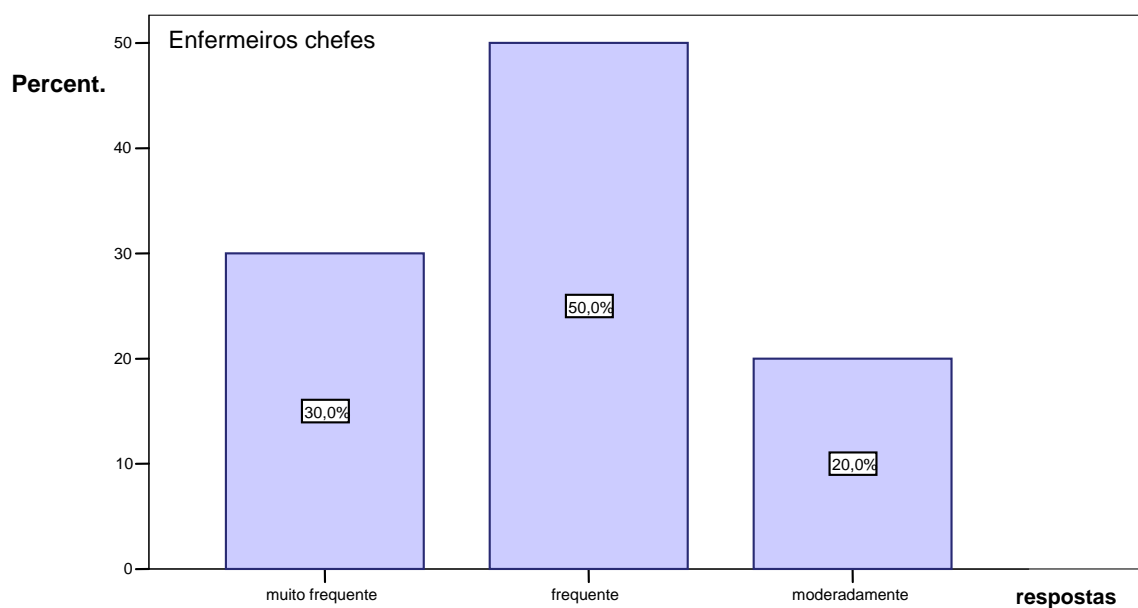
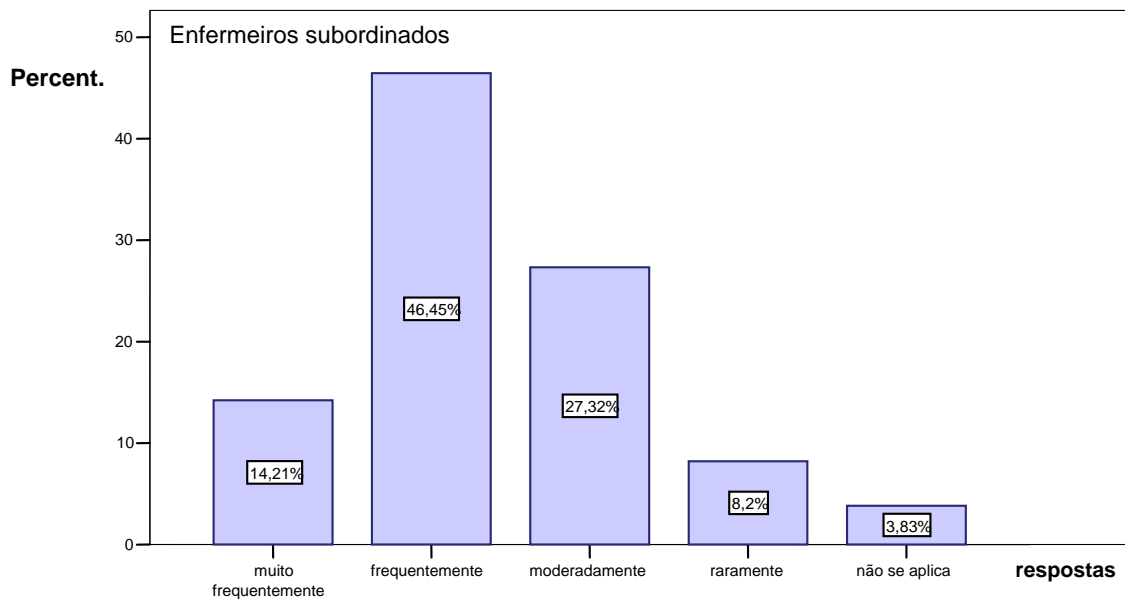


Gráfico nº24

Empenhamento nas tarefas distribuídas pelo enfermeiro chefe

Na questão direccionada para o **poder de recompensa**, verifica-se que os enfermeiros chefes não se sentem empoderados neste âmbito pelo que, 70% afirmam que raramente têm a possibilidade de recompensar ou punir directamente os seus subordinados (gráfico nº25 e E8). Este facto poderia ser minimizado ou ultrapassado se a figura do enfermeiro chefe viesse a constar na participação da gestão dos serviços hospitalares (Dec. Lei nº 188/2003). Parece necessário, por conseguinte, atribuir novas competência legais aos enfermeiros chefes, para que este possa fazer convergir os interesses da equipa que lidera com os objectivos do hospital onde trabalha.

Contrapondo a opinião da generalidade dos enfermeiros chefes, a maioria dos enfermeiros subordinados sentem que os seus chefes têm alguma possibilidade de os punir ou recompensar (gráfico nº26).

“...não temos grandes meios para oferecer, aliás, não temos meios nenhuns, não temos autonomia nisso” (E8).

Gráfico nº25

Grau de poder de recompensa dos enfermeiros chefes

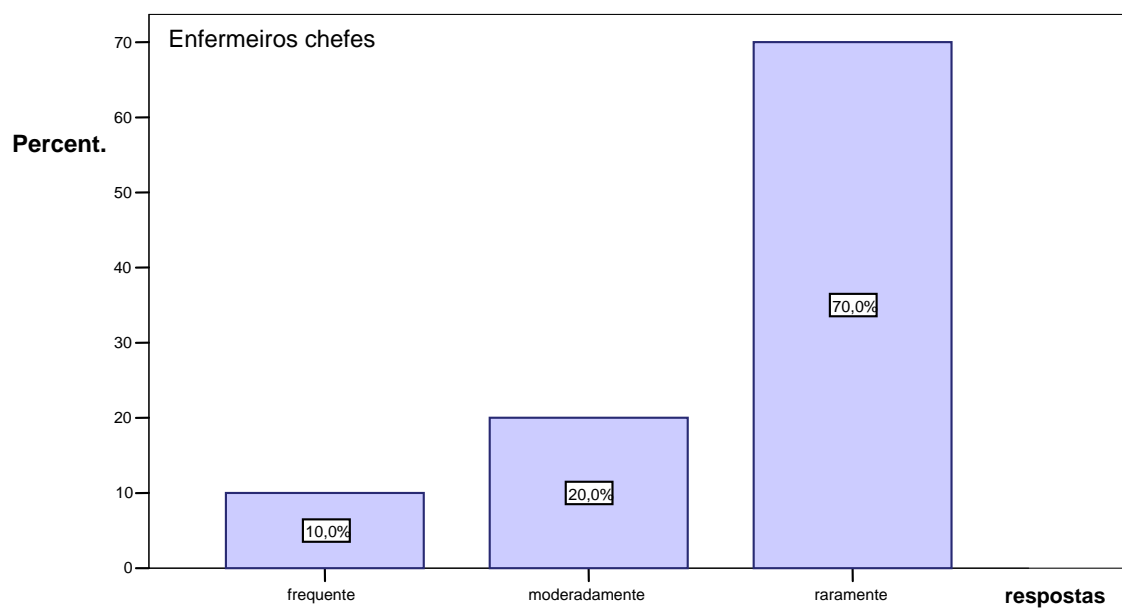
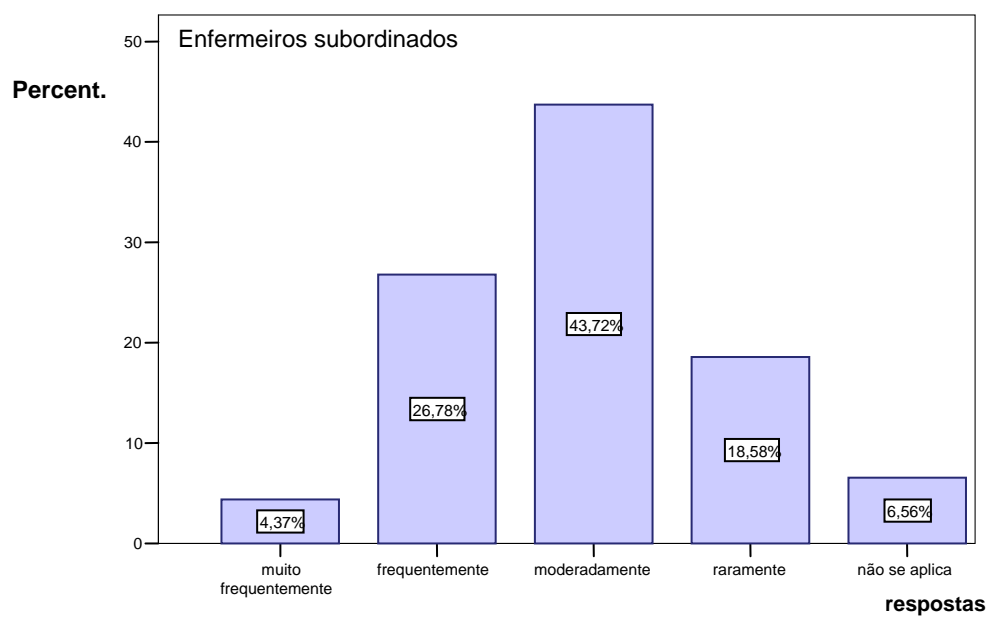


Gráfico nº26

Grau de poder de recompensa dos enfermeiros chefes



Relativamente ao **poder coercivo**, a maioria dos enfermeiros chefes (70%) afirmam que raramente penalizam as suas ordens não cumpridas (gráfico nº27). É também esta a opinião da generalidade dos enfermeiros subordinados (gráfico nº28).

Gráfico nº27

Grau de poder coercivo dos enfermeiros chefes

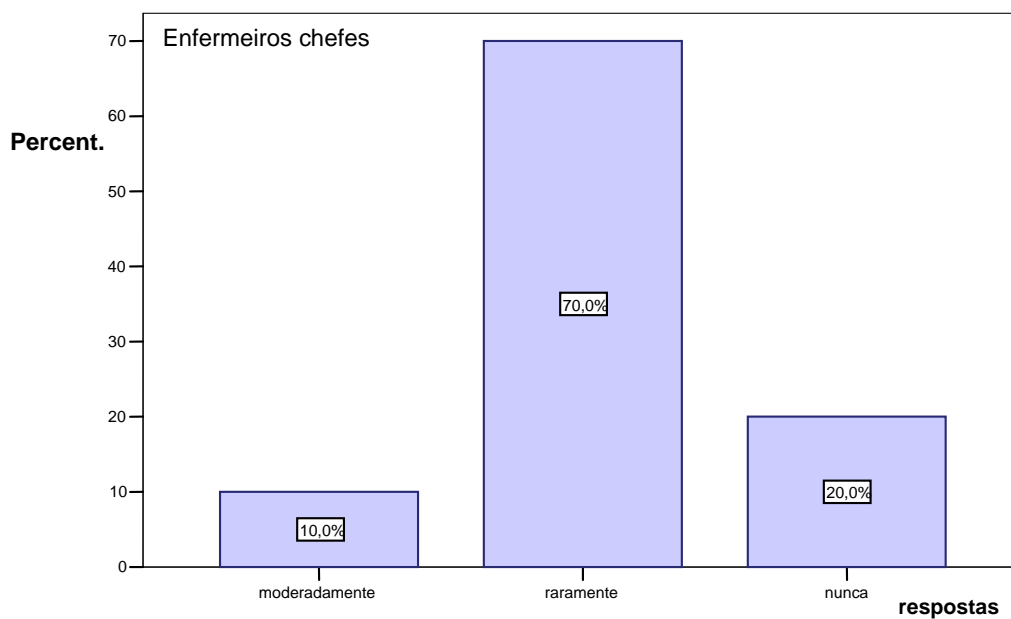
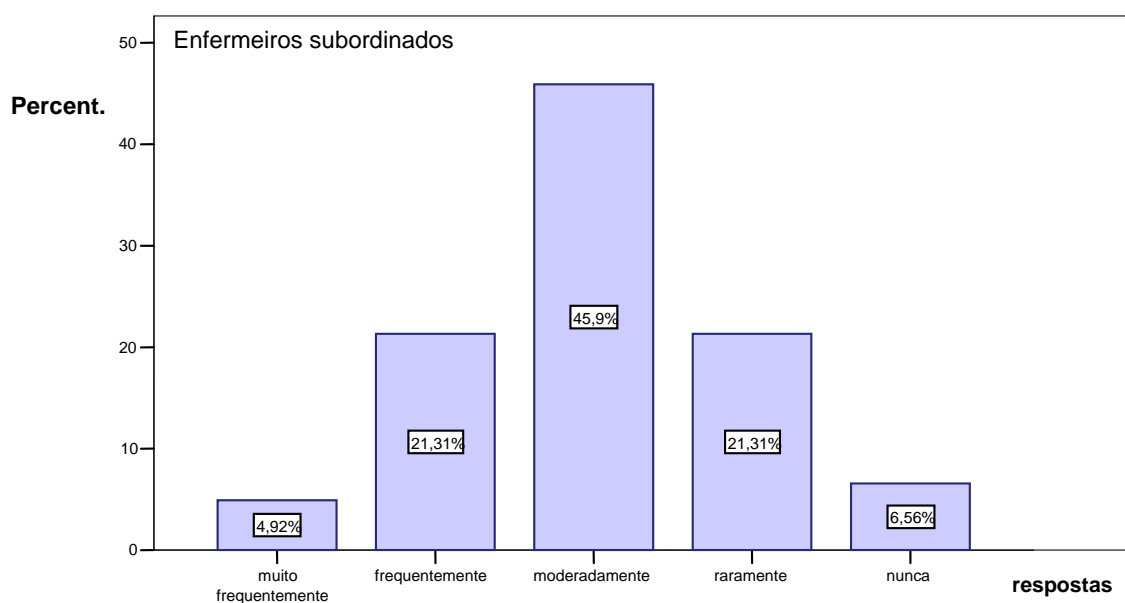


Gráfico nº28

Grau de poder coercivo dos enfermeiros chefes



Quanto às **orientações específicas**, 50% dos enfermeiros chefes consideram que facultam com muita frequência orientações específicas à equipa para que cumpram as regras e os procedimentos que estipulam (gráfico nº29). Na opinião dos enfermeiros subordinados, estas orientações são geralmente frequentes (44,25%). Por oposição à opinião dos 50% enfermeiros chefes, só 9,84% enfermeiros subordinados afirmam que os seus chefes facultam com muita frequência este tipo de orientações (gráfico nº30).

Na população estudada é consensual a tendência dos enfermeiros chefes para a indicação de orientações específicas quanto a regras e procedimentos para a prestação de cuidados de enfermagem. Porém, os enfermeiros subordinados manifestam que esta prática não é assim tão frequente. Possivelmente desejariam obter dos seus chefes mais orientações.

Gráfico nº29

Orientações específicas dos enfermeiros chefes à equipa

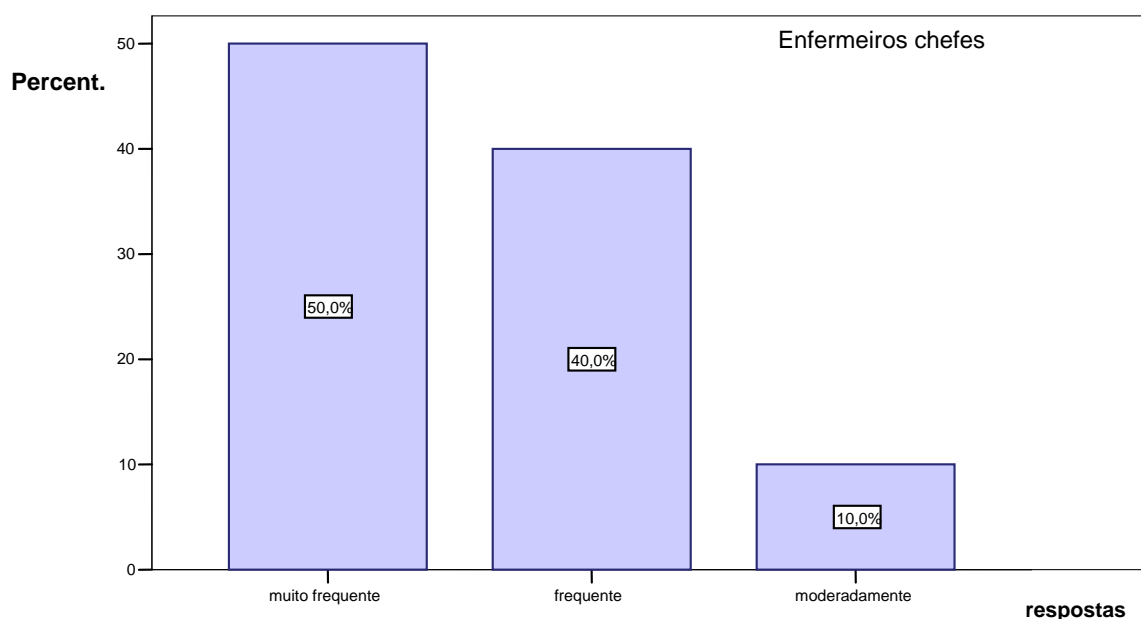
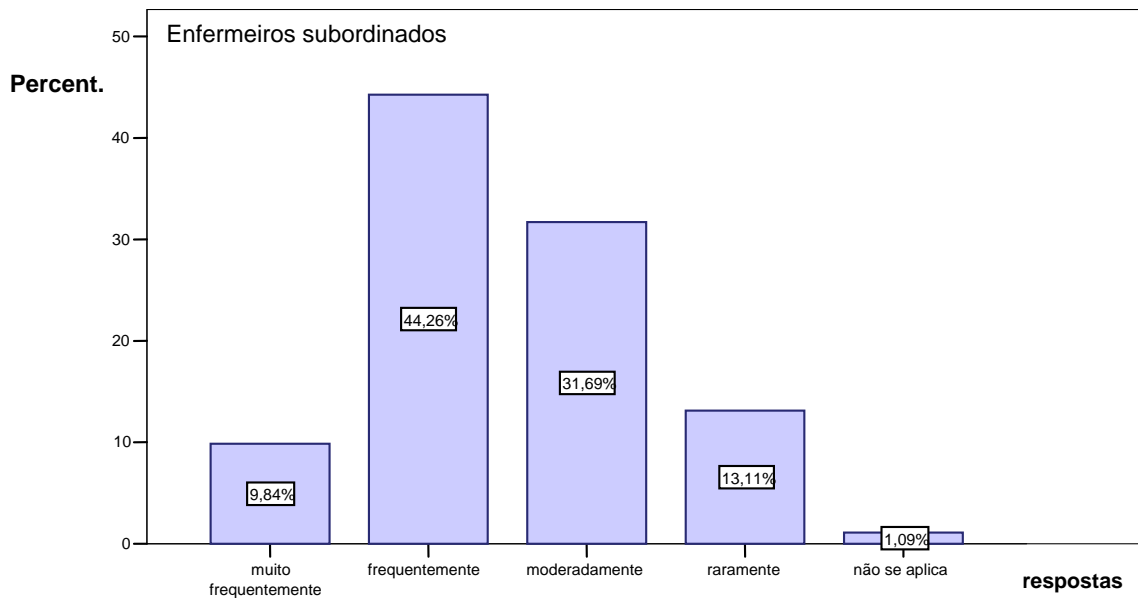


Gráfico nº30

Orientações específicas dos enfermeiros chefes à equipa

No âmbito da **orientação para a pessoa**, verifica-se que, quando os enfermeiros chefes são questionados se ajudam os enfermeiros seus subordinados a crescer e a desenvolver, 70% manifesta fazê-lo frequentemente e 20% muito frequentemente (gráfico nº31). As respostas dos enfermeiros subordinados, nesta questão, não são tão coincidentes com as dos chefes. Apenas 30,6% consideram que esta ajuda acontece com frequência (gráfico nº32).

De uma forma geral, os enfermeiros chefes inquiridos ajudam os enfermeiros seus subordinados a crescerem e a desenvolverem-se pessoalmente, o que contraria a opinião de Graça (1992) quando afirma que a falta de capacidades do enfermeiro chefe em relações humanas conduz a uma liderança pouco eficaz. Neste estudo, verifica-se que os enfermeiros chefes são líderes fortemente orientados para a pessoa. Do cruzamento desta variável com a variável satisfação profissional verifica-se, ainda, que os enfermeiros cujos chefes frequentemente os ajudam a crescer e a desenvolver apresentam maiores níveis de satisfação profissional (gráfico nº33).

Gráfico nº31

Ajuda aos seus subordinados para crescerem e desenvolverem-se

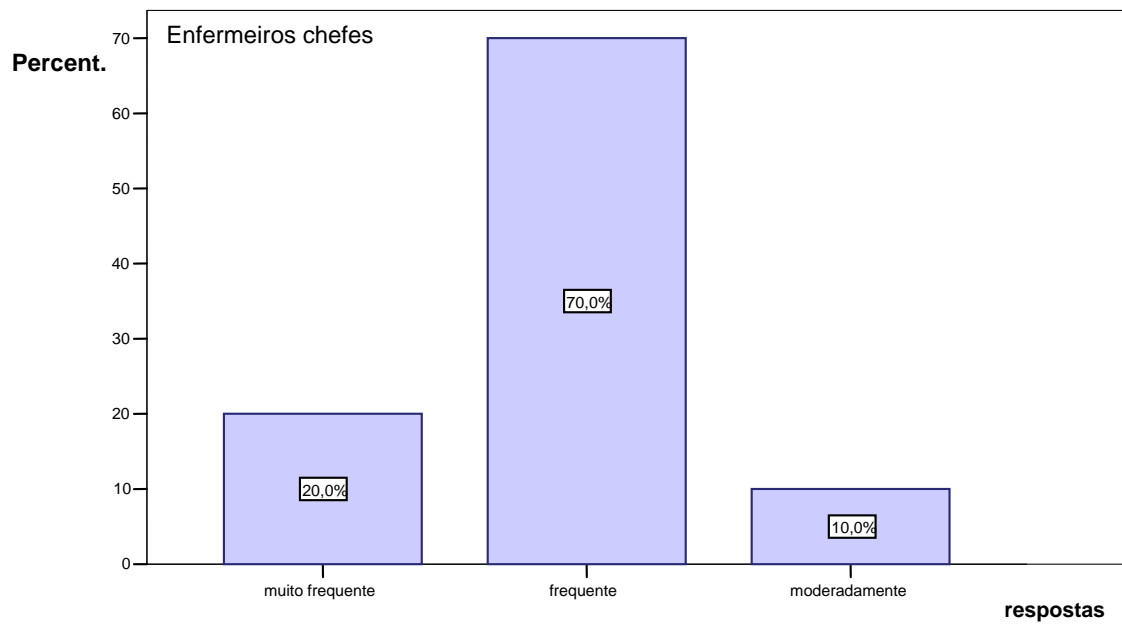


Gráfico nº32

Ajuda aos seus subordinados para crescerem e desenvolverem-se

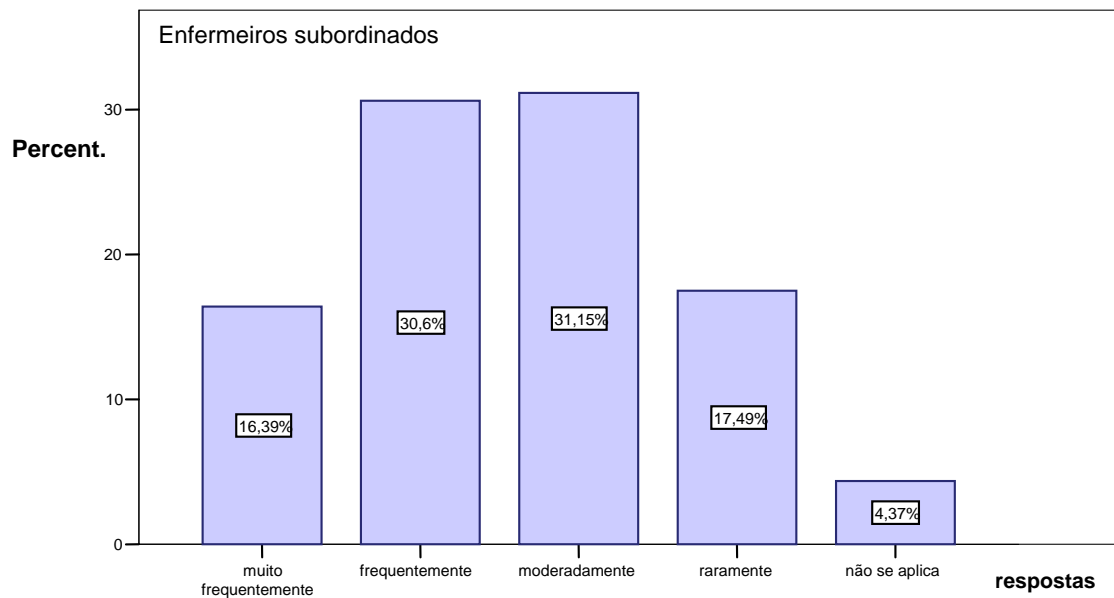
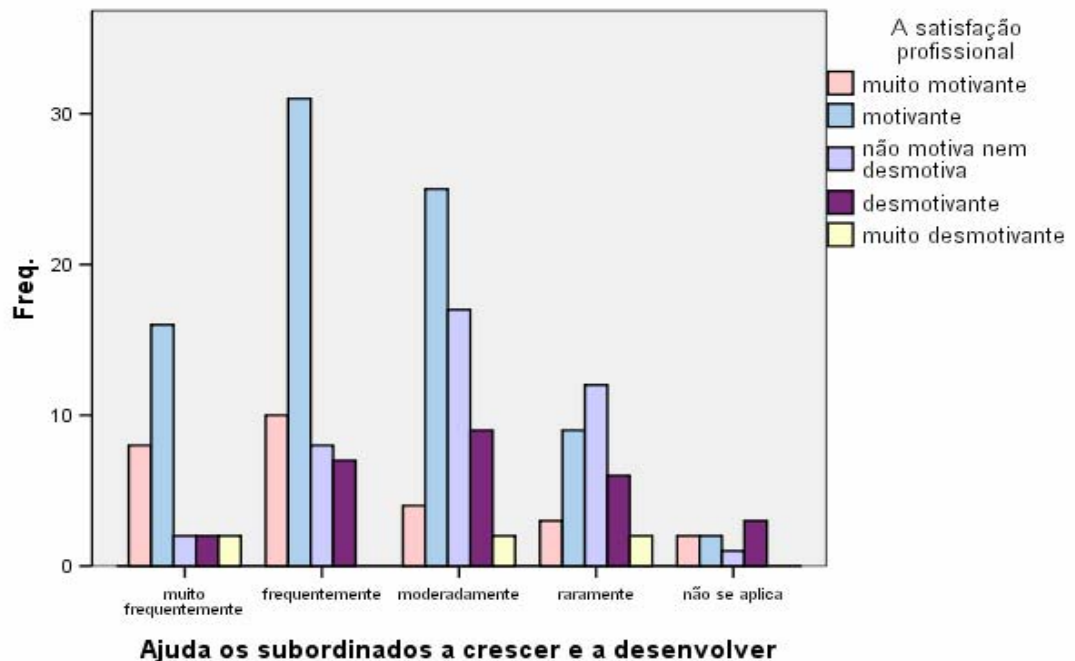


Gráfico nº33

Relação satisfação profissional/ajuda do enfermeiro chefe no crescimento e desenvolvimento pessoal



No âmbito da **orientação para a tarefa**, 80% dos enfermeiros chefes afirmam valorizar muito frequentemente as regras e os procedimentos dos cuidados de enfermagem (gráfico nº34). Esta opinião, é corroborada pelos enfermeiros subordinados, dos quais 42,62% afirmam também que é frequentemente os seus chefes valorizam estes aspectos técnicos (gráfico nº35).

Os enfermeiros chefes inquiridos são, portanto, fortemente orientados para a tarefa. Daí a importância que atribuem à existência de protocolos nas unidades de saúde que lideram, conforme demonstraram nas entrevistas (E1, E3, E, E7).

“Existe um **dossier**, com **todos** os novos **procedimentos** que são introduzidos” (E1).

“Rever todas as **normas e protocolos** que existiam de forma a estarem **actualizados**” (E3).

“Nós temos um dossier de **normas e protocolos de actuação** ...identificado em pastas...de fácil acesso” (E4).

“Tenho **alguns protocolos**...queremos melhorar” (E5).

“Quando alguém tem alguma dúvida nalgum procedimento pode consultar a **pasta dos protocolos**, o que ajuda a trabalhar com mais segurança” (E7).

Gráfico nº34

Valorização das regras e dos procedimentos dos Cuidados

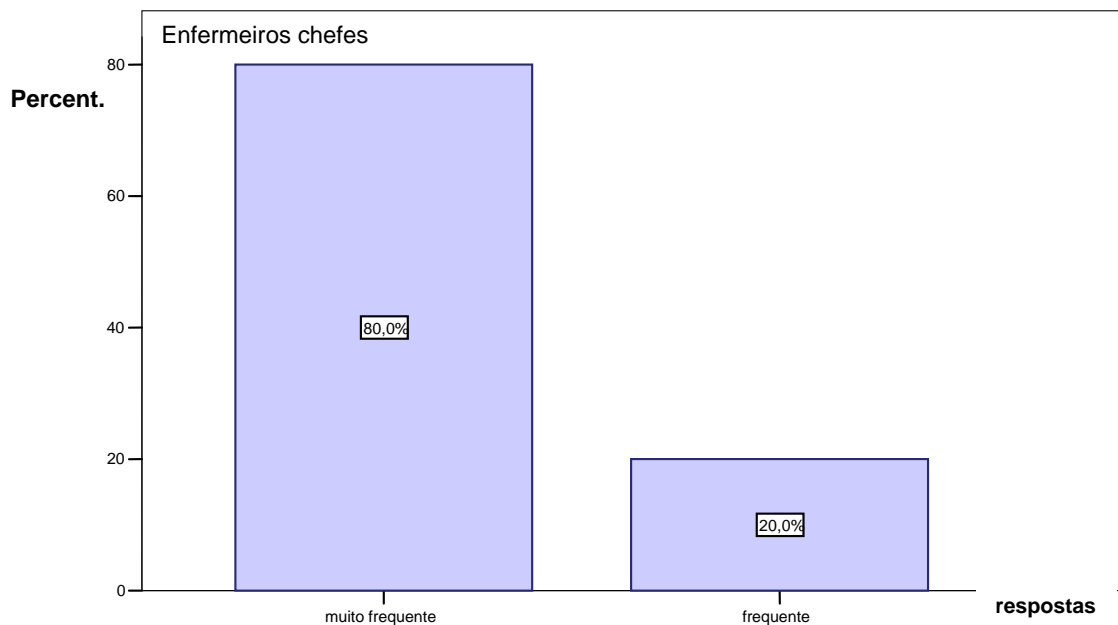
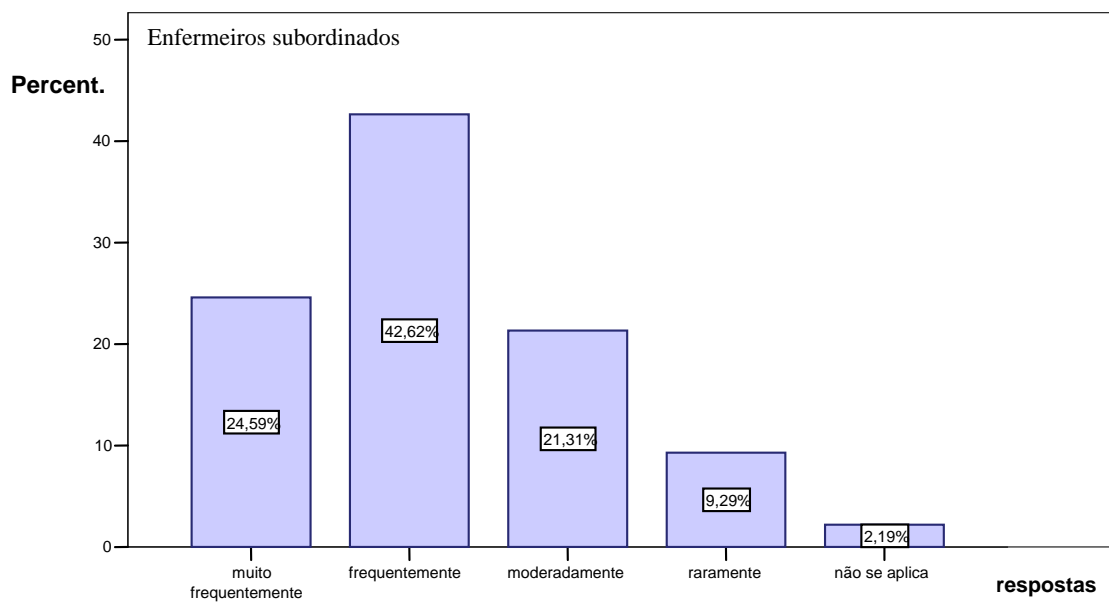


Gráfico nº35

Valorização das regras e dos procedimentos dos Cuidados



No que respeita a questões relativas a **funções inerentes à categoria de enfermeiro chefe**, constata-se que 70% dos enfermeiros chefes questionados resolvem construtivamente os **conflitos da equipa** (gráfico nº36). Porém, esta posição é contrariada pelos enfermeiros subordinados. Apenas 27,32% são da opinião que, frequentemente, os seus chefes resolvem de forma construtiva os conflitos da equipa, existindo mesmo uma percentagem de 21,85% a considerar que raramente os seus chefes o fazem (gráfico nº37). Não é clara nem evidente a tendência dos enfermeiros chefes para a resolução construtiva dos conflitos. É possivelmente uma área que carece um futuro investimento ao nível da formação contínua, quer para enfermeiros chefes, quer para enfermeiros subordinados.

Gráfico nº36

Resolução construtiva dos conflitos da equipa

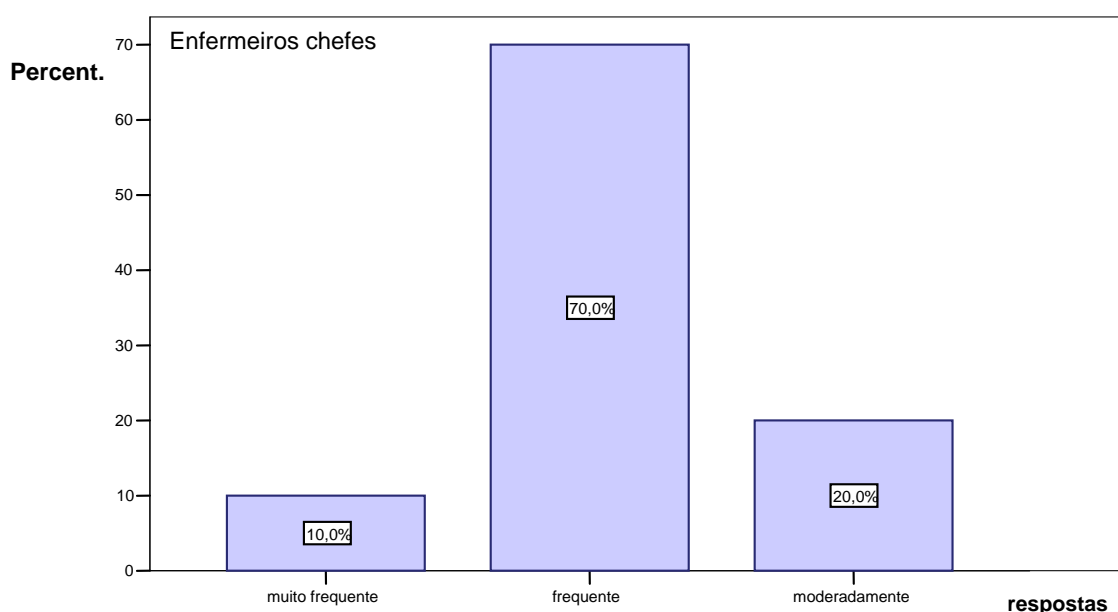
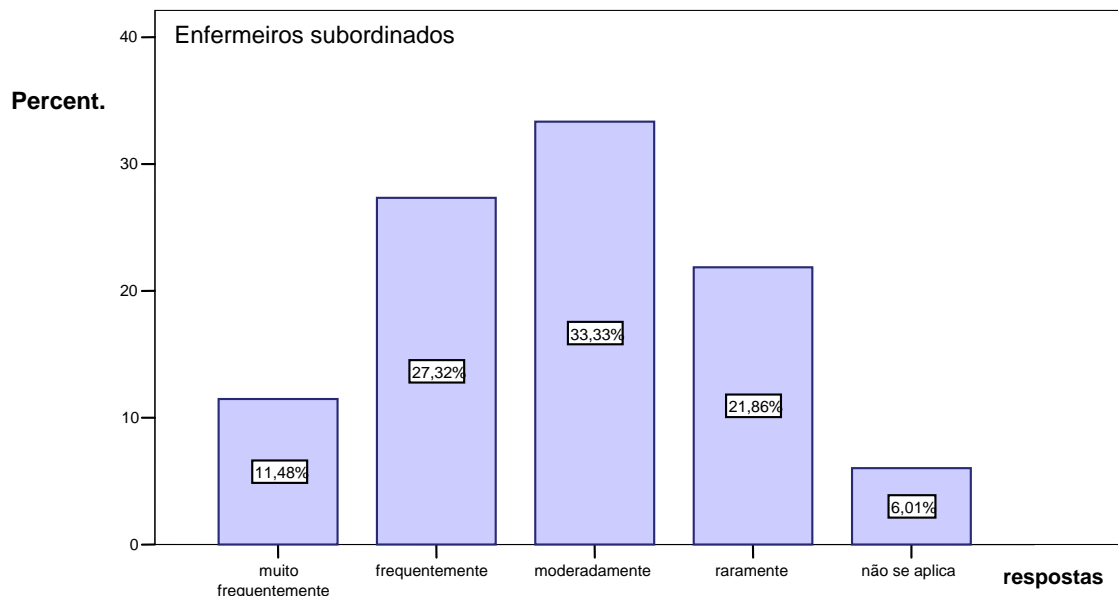


Gráfico nº37

Resolução construtiva dos conflitos da equipa

Quanto à colaboração dos enfermeiros chefes no **trabalho da sua equipa**, as respostas oscilam entre o frequentemente (60%) e o muito frequentemente (40%). Também os enfermeiros subordinados são da opinião que, geralmente, os seus chefes colaboram no trabalho de equipa. Porém, apenas 35,52% consideram que tal ocorre frequentemente (gráfico nº38 e nº39).

Atenuando o seu poder de legitimidade, os enfermeiros chefes aceitam participar e ajudar os seus subordinados nas suas tarefas diárias, em contacto directo com os utentes, ainda que legalmente nada os obrigue a isso (E2,E6). Não se inibem de “pousar os papéis” para colaborar na prestação directa de cuidados de enfermagem. Esta acaba por ser uma óptima forma de conhecer melhor cada elemento bem como a qualidade de desempenho de cada um (E2):

“...Eu ajudo-os frequentemente nos cuidados aos doentes. Não consigo ser chefe de gabinete. Considero-me um óptimo especialista” (E2)

“... por vezes **presto cuidados directos** ao doente juntamente com eles” que permitem avaliar a qualidade do trabalho (E2).”~

... sou uma **pessoa muito presente**, não neste gabinete, mas **pelo serviço**... Gosto de estar **presente no terreno**” (E6).

Gráfico nº38

Colaboração no trabalho em equipa

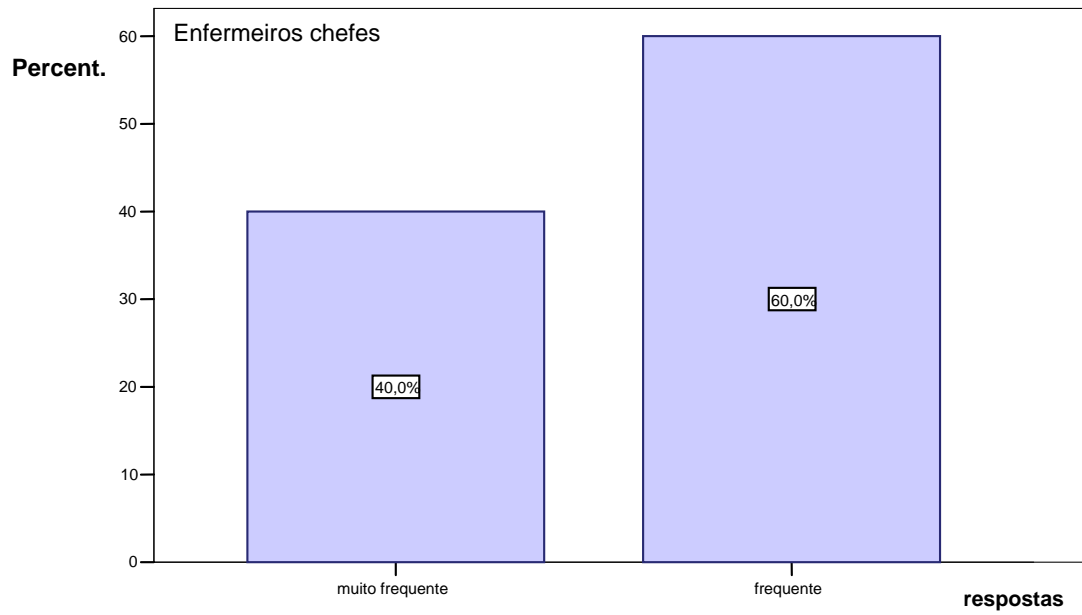
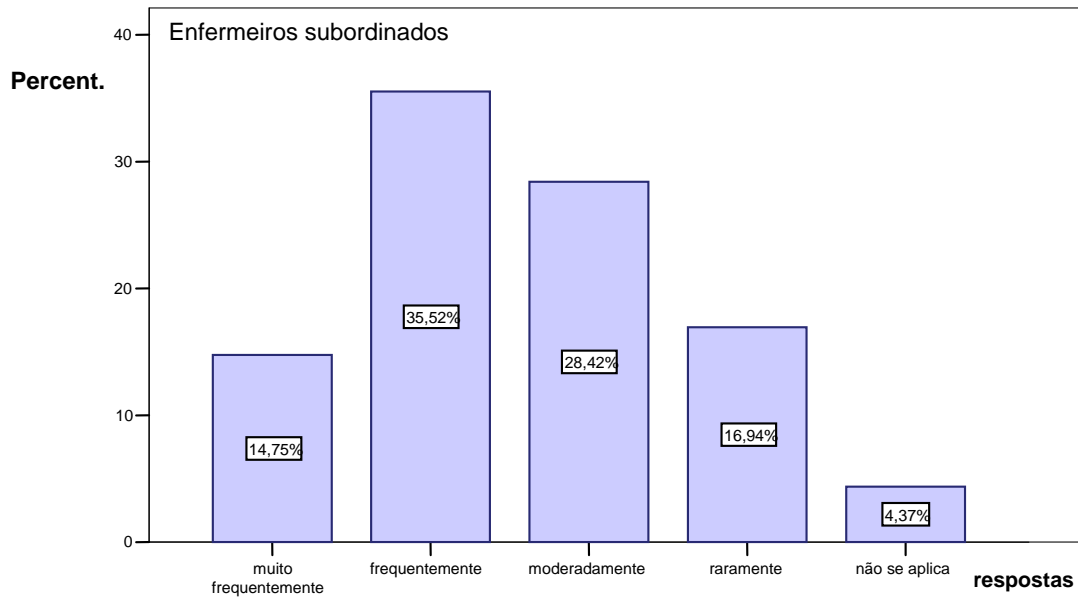


Gráfico nº39

Colaboração no trabalho em equipa



Quando se questiona a importância da definição de **níveis de desempenho da equipa**, os enfermeiros chefes consideram, em igual percentagem (50%), preocuparem-se muito frequentemente e frequentemente com esta questão (gráfico nº40). A opinião dos seus subordinados vai também neste sentido (gráfico nº41).

Os enfermeiros chefes inquiridos tendem a valorizar a definição de níveis de desempenho da equipa. Possivelmente este aspecto está directamente relacionado com as exigências dos programas de melhoria da qualidade, em desenvolvimento nos hospitais da amostra (Kings Fund; Sistema de Classificação de Doentes por grau de dependência).

Gráfico nº40

Importância da definição de níveis de desempenho para a equipa

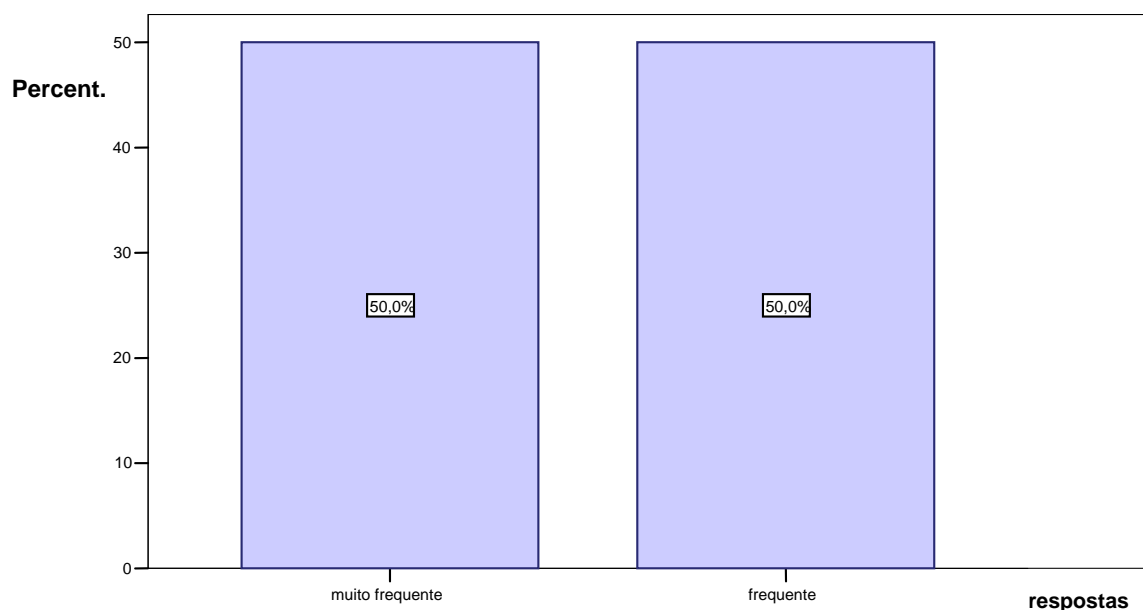
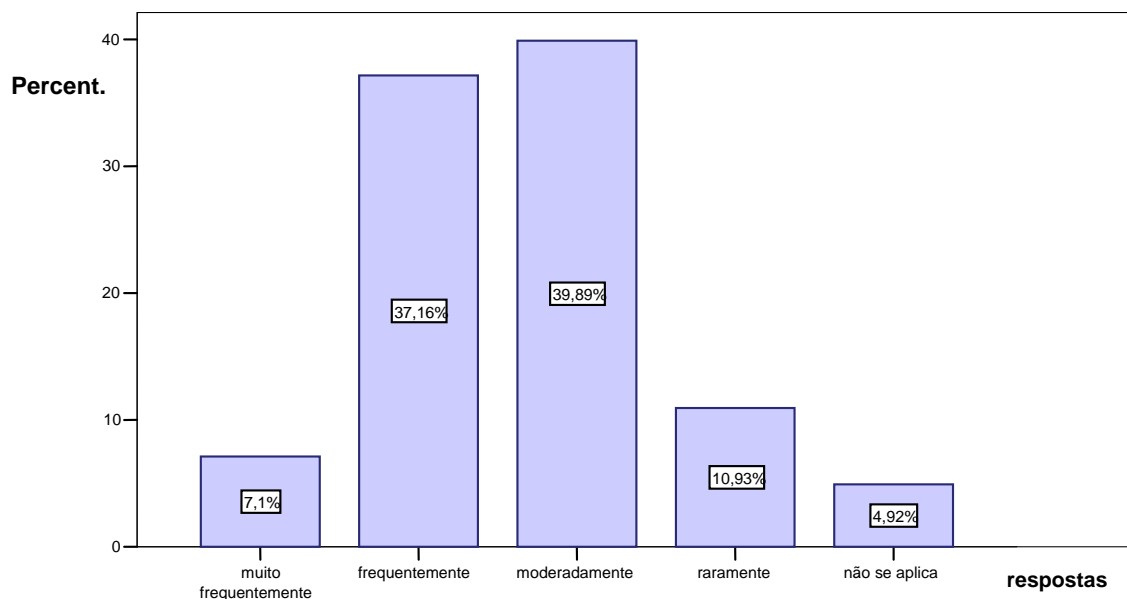


Gráfico nº41

Importância da definição de níveis de desempenho para a equipa

Habitualmente a definição de níveis de desempenho está fortemente associada à qualidade do trabalho. Assim, é com naturalidade que se verifica que os enfermeiros chefes inquiridos tendem igualmente a valorizar a qualidade de prestação dos cuidados (E1, E9). É o que demonstram ainda os gráficos seguintes, onde 90% dos enfermeiros chefes valorizam muito frequentemente a **qualidade dos cuidados** (gráfico nº42). Numa percentagem mais reduzida, também 31,69% dos enfermeiros subordinados expressam que esta dimensão é muito frequentemente (gráfico nº43). Esta discrepância de valores está possivelmente relacionada com a falta de informação acerca da qualidade do trabalho dos enfermeiros subordinados.

Apesar da forte tendência dos enfermeiros chefes para valorizarem a qualidade da prestação de cuidados de enfermagem, a forma como o fazem não é claramente percebida pelos enfermeiros subordinados.

“...para prestar **cuidados com a melhor qualidade** possível” (E1).

“... obtenção dos **melhores resultados** possíveis com coerência, justiça e imparcialidade” (E9).

Gráfico nº42

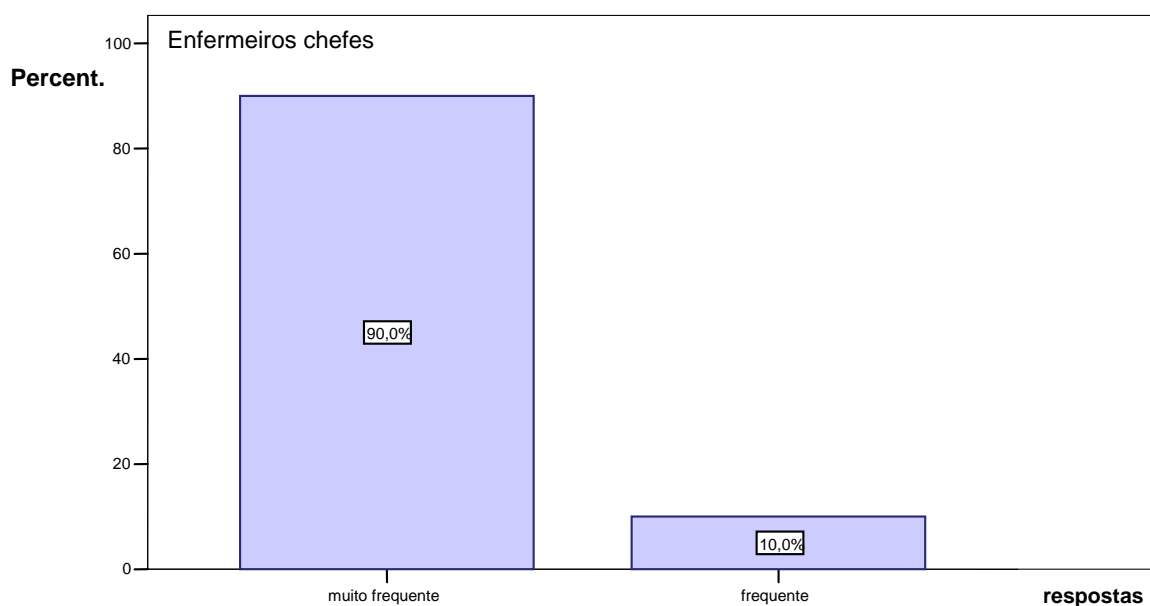
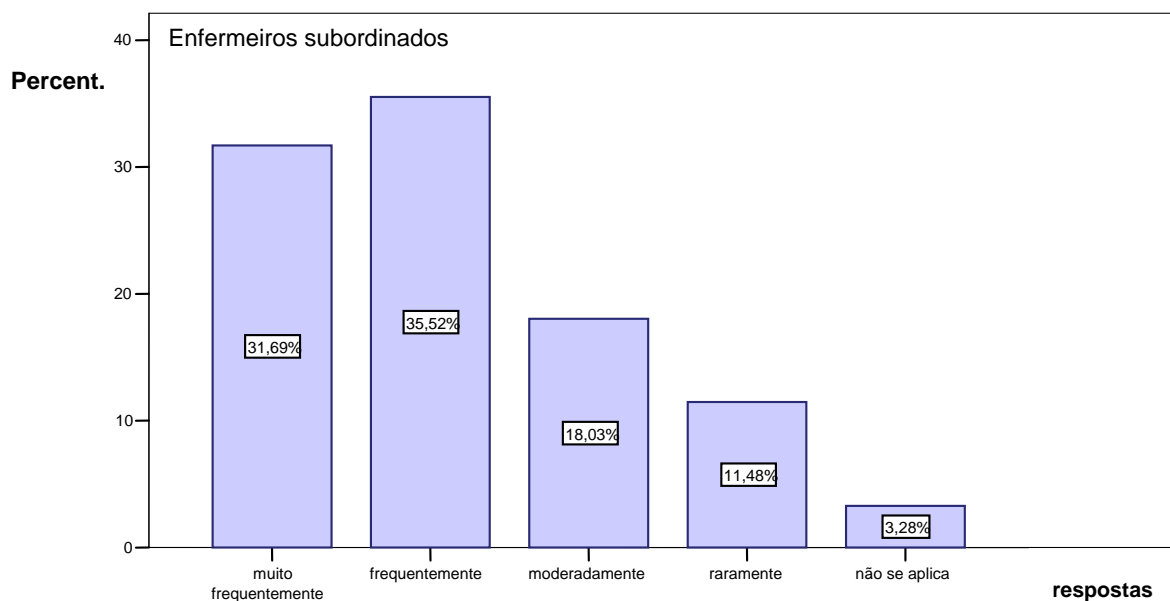
Importância da qualidade de prestação dos cuidados de enfermagem

Gráfico nº43

Importância da qualidade de prestação dos cuidados de enfermagem

Ainda na análise dos estilos e competências dos enfermeiros chefes salienta-se também a importância que estes atribuem às **relações interpessoais**. A maioria afirma valorizá-las com frequência (gráfico nº44). Os enfermeiros chefes concordam, apenas uma pequena percentagem de 15,85% consideram que raramente os seus chefes se preocupam com esta questão (gráfico nº45).

Assim, e na linha da forte orientação para a consideração e para o subordinado, verifica-se existir também uma tendência geral dos enfermeiros chefes para a valorização das relações interpessoais.

Gráfico nº44

Importância das relações interpessoais

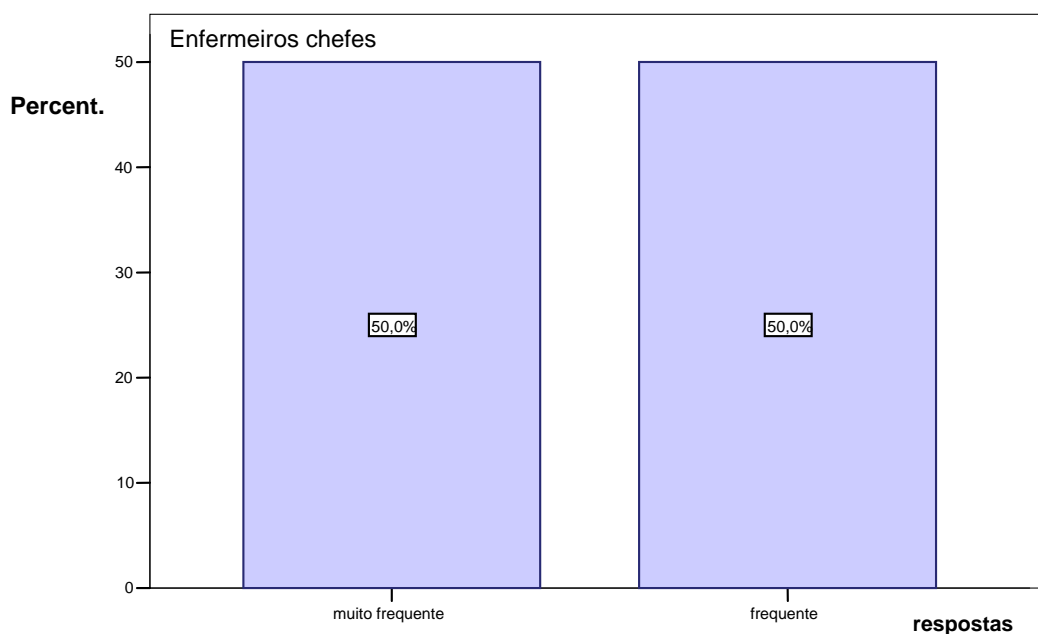
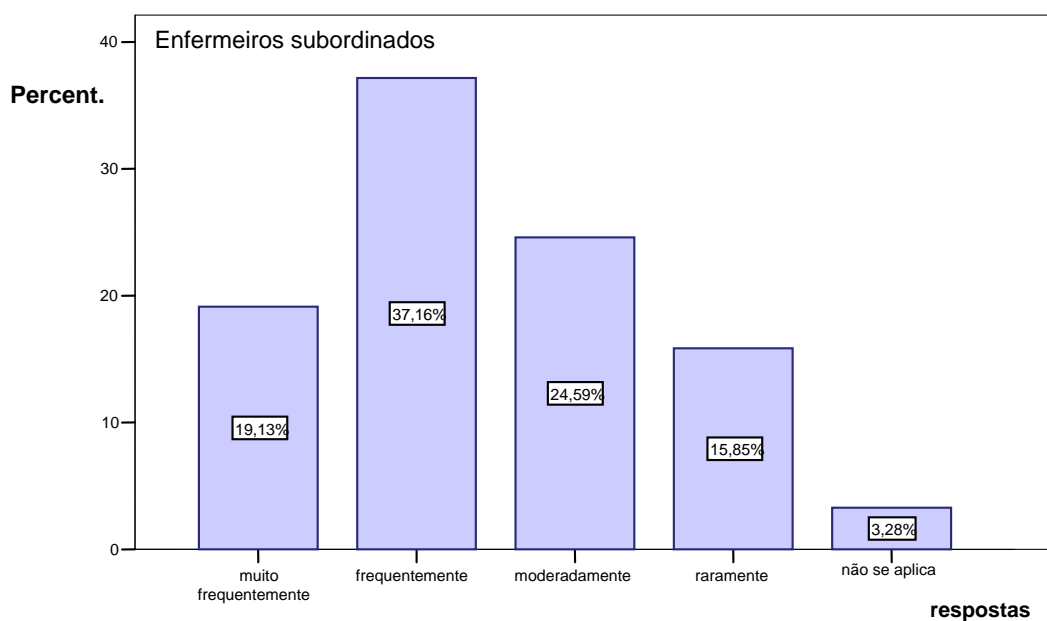


Gráfico nº45

Importância das relações interpessoais



No âmbito do **envolvimento dos subordinados nas decisões** que os afectam, 60% dos enfermeiros chefes questionados afirmam fazê-lo frequentemente e 40% muito frequentemente (gráfico nº46). A opinião dos enfermeiros subordinados vai no mesmo sentido. Cerca de 36,07% consideram que frequentemente os seus chefes os envolvem nestas decisões (gráfico nº47).

Na amostra estudada, os enfermeiros chefes tendem a envolver os seus subordinados nas decisões que os afectam. Para isso, é habitual marcarem reuniões, conforme descrevem os excertos das entrevistas seguintes:

“...**não todos os meses**...para dar informações, esclarecer situações, implementar novos procedimentos e corrigir outros...” (E1).

“...**três vezes por ano**... servem para marcar férias, ajustar procedimentos de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente” (E2).

“...as reuniões são **trimestrais**, ...transmissão de informação, discussão de problemas, para tentarmos chegar a um consenso geral” (E3).

“...reúno **quatro vezes por ano** ... informações gerais ... melhorara o serviço” (E5).

Gráfico nº46

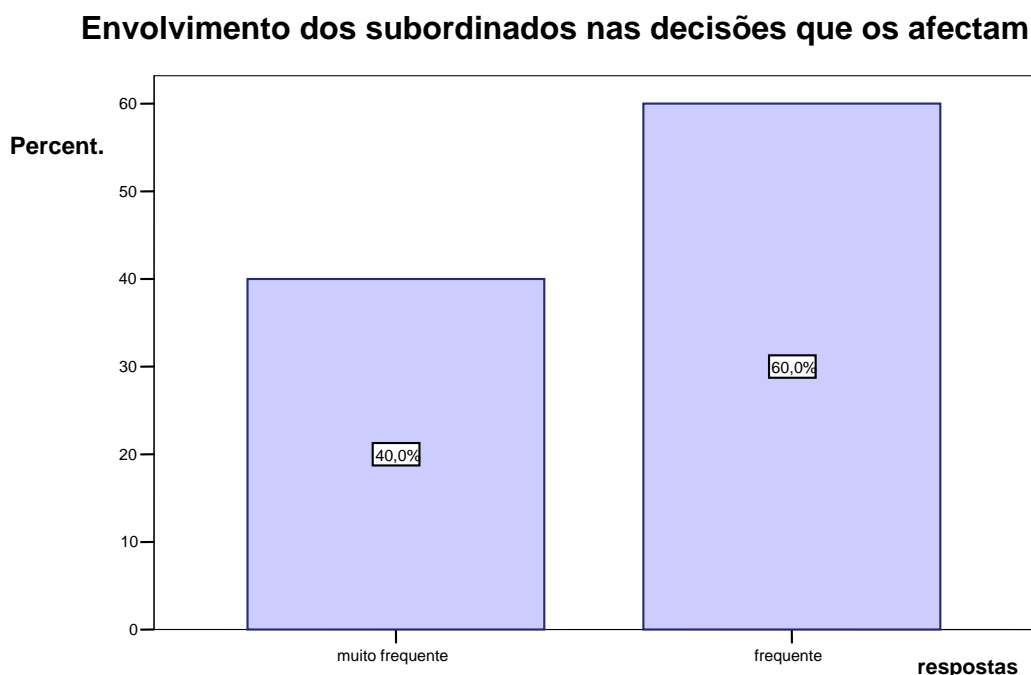
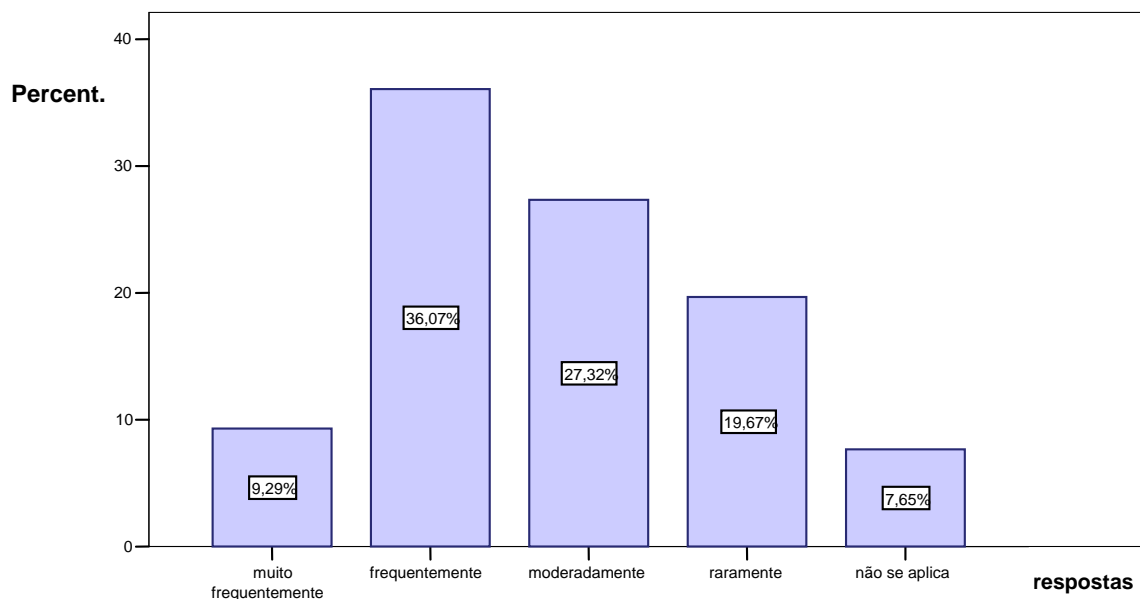


Gráfico nº47

Envolvimento dos subordinados nas decisões que os afectam

Quando questionados se, apesar de solicitarem decisões aos seus subordinados acabam por decidir sozinhos, os enfermeiros chefes tomam posições opostas: 30% afirmam que frequentemente o fazem e 30% afirmam que raramente o fazem (gráfico nº48). Dos 40% restante, 20% toma moderadamente esta posição e os outros 20% considera que esta situação não acontece consigo. Os enfermeiros subordinados manifestam que rara (26,2%) a moderadamente (38,8%) as suas opiniões são tomadas em linha de conta nas decisões finais dos seus chefes (gráfico nº49). Há uma tendência para os enfermeiros chefes tomarem decisões sozinhos, ainda que conheçam previamente a opinião dos seus subordinados.

Recordando o modelo de Vroom, Yetton e Jago, à medida que a participação e a influência dos subordinados aumentam, a motivação para a implementação da decisão também aumenta. Por conseguinte, para os enfermeiros chefes conseguirem subordinados empenhados, confiantes e motivados na implementação das suas decisões, terão de aumentar o grau de participação dos enfermeiros subordinados nessas decisões.

Gráfico nº48

Frequência com que o enfermeiro chefe solicita informações aos seus subordinados mas decide sozinho

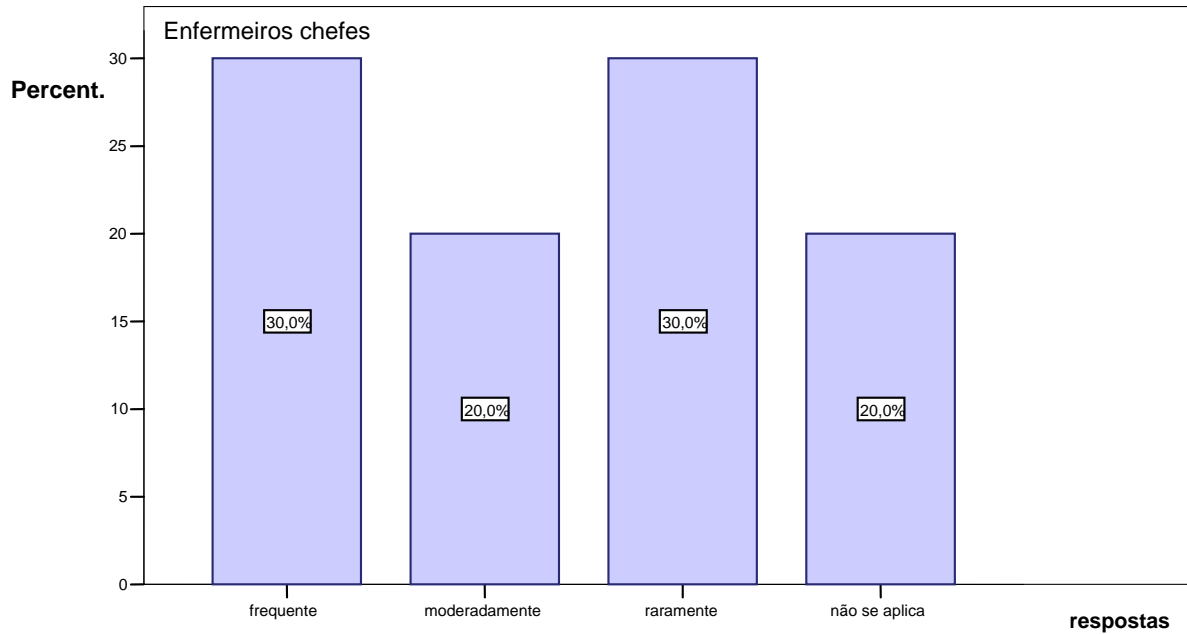
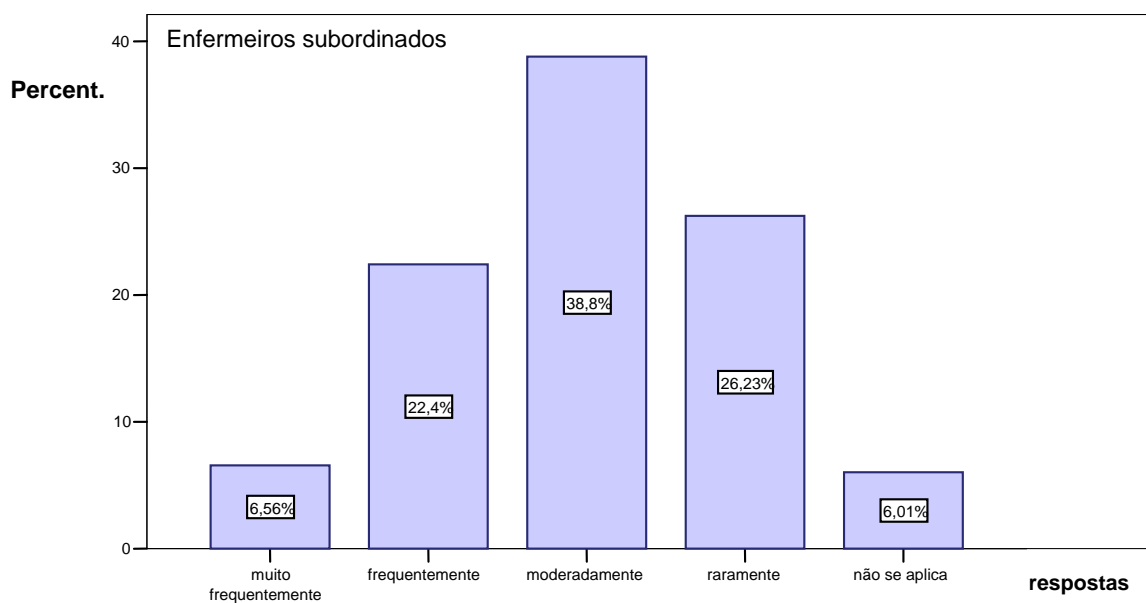


Gráfico nº49

Frequência com que o enfermeiro chefe solicita informações aos seus subordinados mas decide sozinho



Relativamente aos **traços de personalidade** favorecedores da liderança da equipa, uma parte significativa (50%) dos enfermeiros chefes consideram utilizá-los frequentemente (gráfico nº50). Opinião corroborada pelos enfermeiros subordinados relativamente aos seus chefes: 36,07% responderam que moderadamente e 27,87% que frequentemente verificam a presença desses traços nos seus chefes (gráfico nº51). Há, pois, alguns chefes que possuem traços de personalidade favorecedores da liderança da equipa de enfermagem. Seria interessante, num futuro trabalho, tentar identificar quais são esses traços.

Gráfico nº50

Posse de determinados traços de personalidade favorecedores da liderança

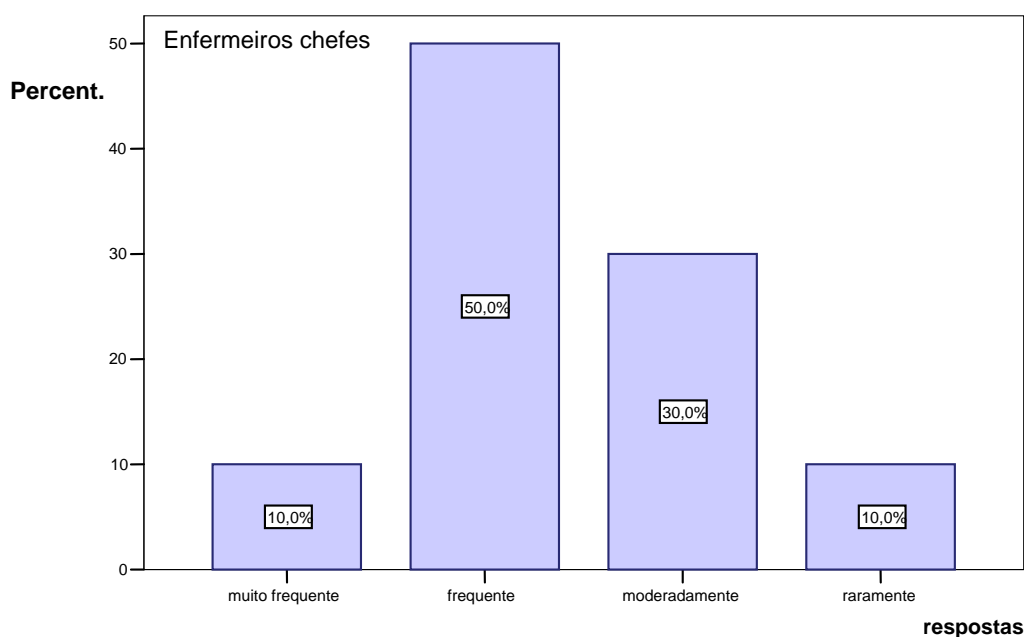
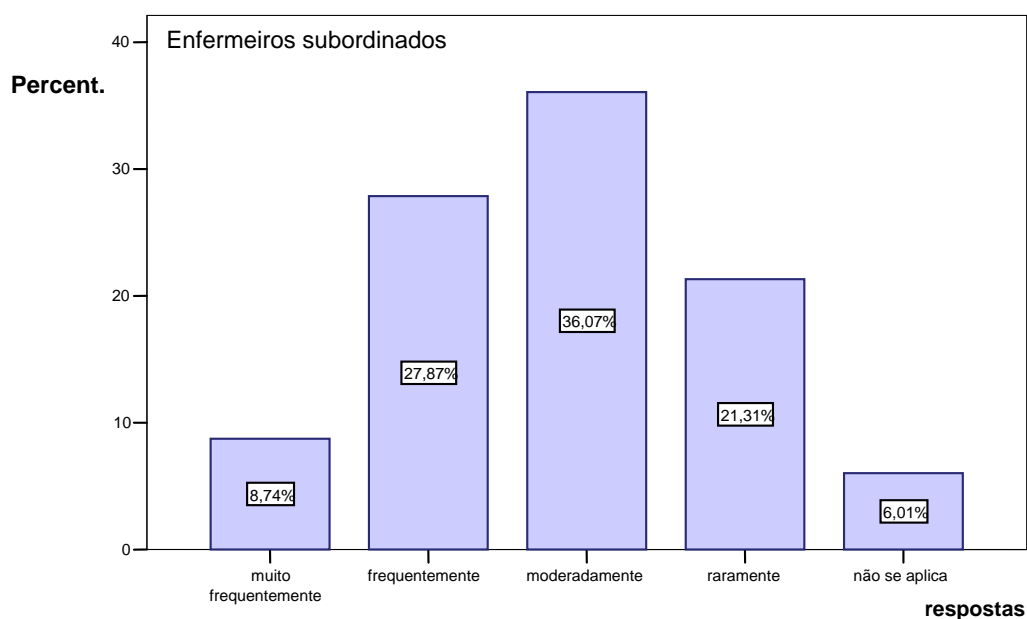


Gráfico nº51

Posse de determinados traços de personalidade favorecedores da liderança



4.2.2 - Motivação dos enfermeiros subordinados

No que respeita à motivação dos enfermeiros subordinados, verificou-se que são **tendencialmente desmotivantes**:

- o **ordenado** (gráfico nº52),
- as **condições físicas de trabalho** (gráfico nº53) e
- a **possibilidade de progressão na carreira** (gráfico nº54).

Gráfico nº52

Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face ao ordenado

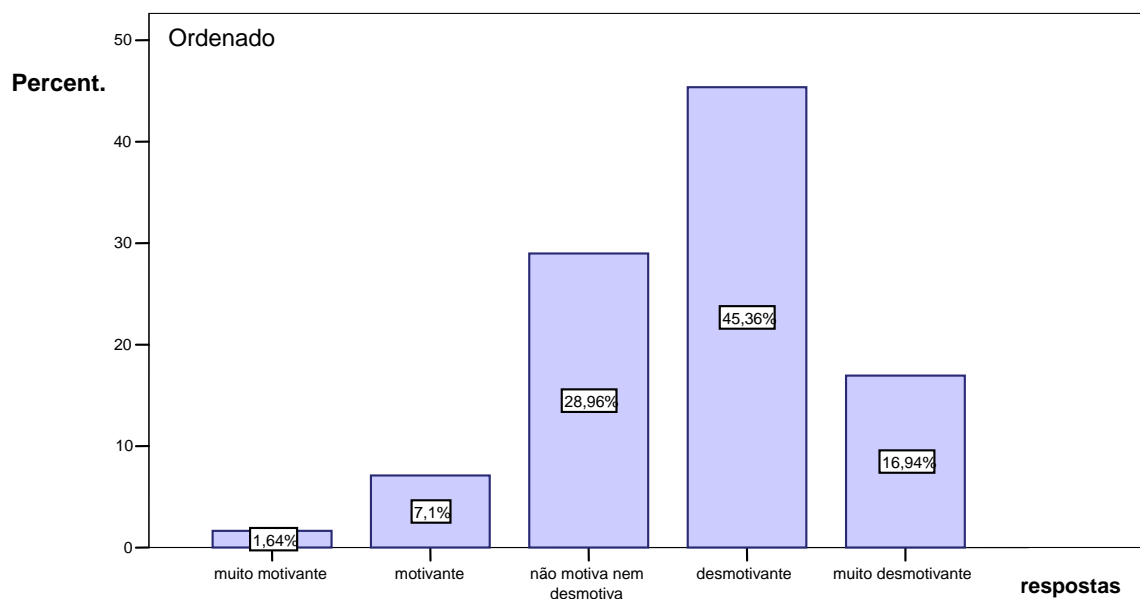


Gráfico nº53

Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face às condições físicas de trabalho

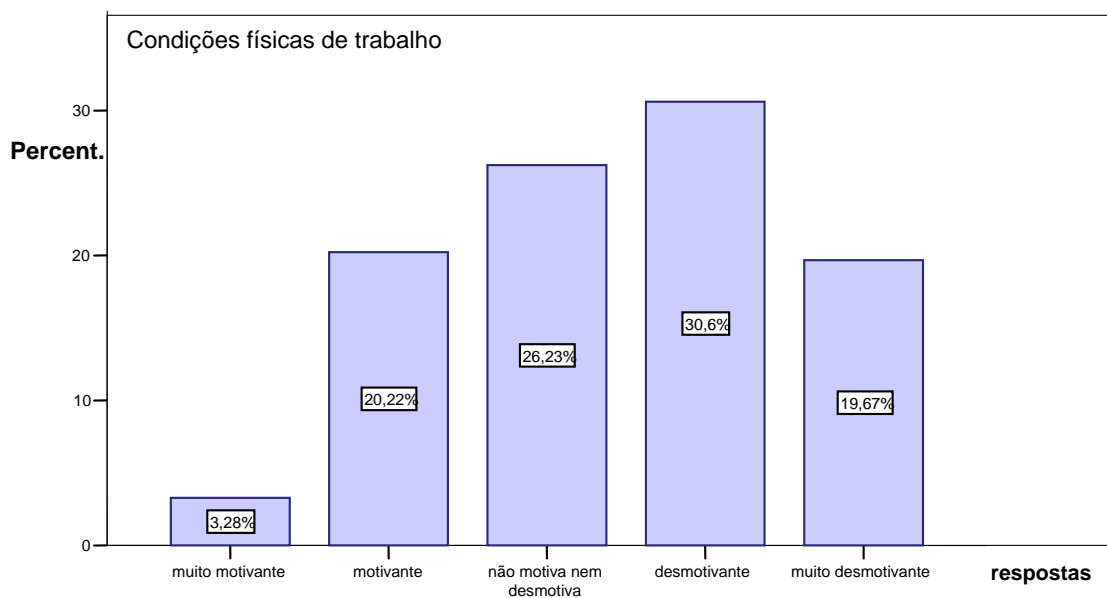
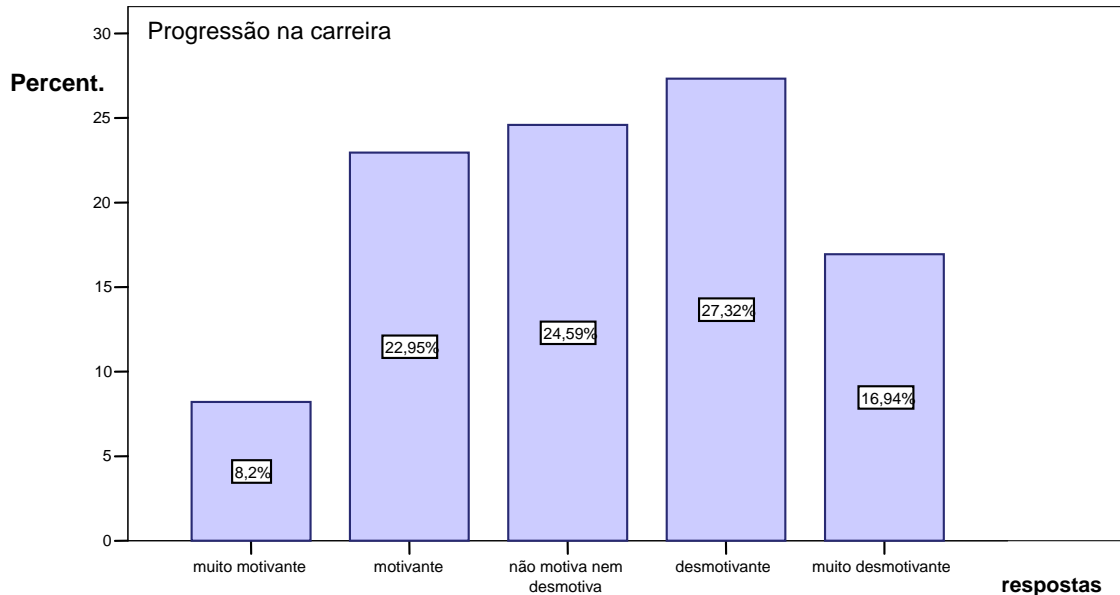


Gráfico nº54

**Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face
à possibilidade de progressão na carreira**



Como **factores tendencialmente motivantes**, os enfermeiros subordinados apontaram:

- a **satisfação profissional** (gráfico nº55),
- a **equipa de trabalho** (gráfico nº56),
- a **relação com os colegas** (gráfico nº57),
- a **comunicação de informações importantes** (gráfico nº58),
- a **satisfação dos utentes com os cuidados prestados** (gráfico nº59),
- a **possibilidade de traçar objectivos próprios** (gráfico nº60),
- a **variedade das tarefas**(gráfico nº61),
- o **interesse das tarefas** (62);
- a **utilização de experiências anteriores** (gráfico nº63),
- o **planeamento do trabalho** (gráfico nº64),
- a **responsabilização** pessoal pelos resultados(gráfico nº65),
- a **competência técnico-científica** da equipa de trabalho(gráfico nº66),
- a existência de **protocolos de actuação** (gráfico nº67),
- a **possibilidade de investir em formação**(gráfico nº68) e
- a **abertura do chefe** a novas propostas de actividades (gráfico nº69).

Gráfico nº55

**Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face
à satisfação profissional**

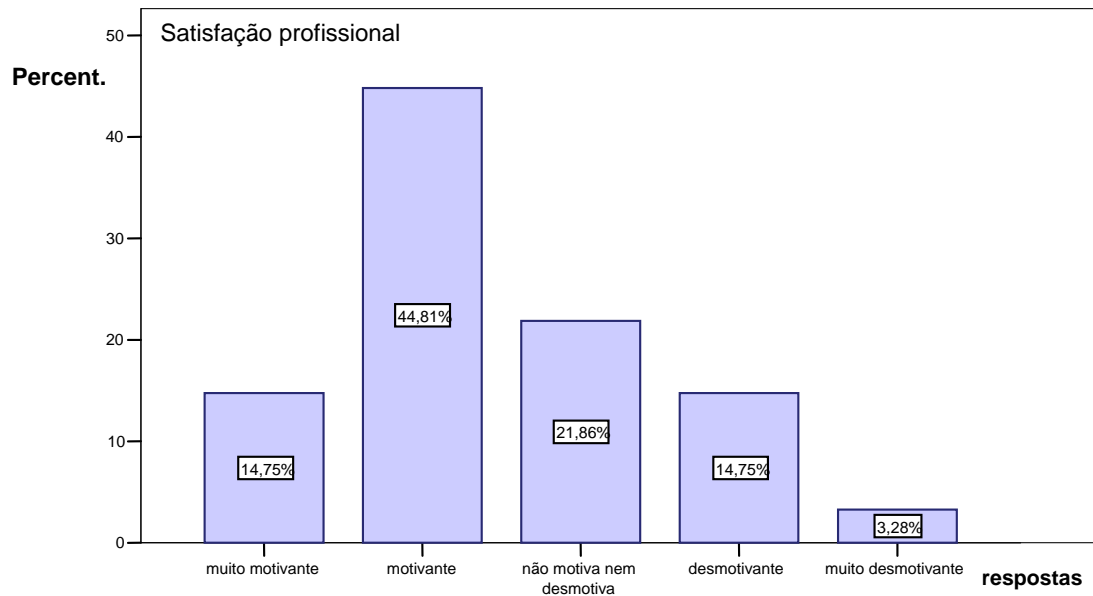


Gráfico nº56

**Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face
à equipa de trabalho**

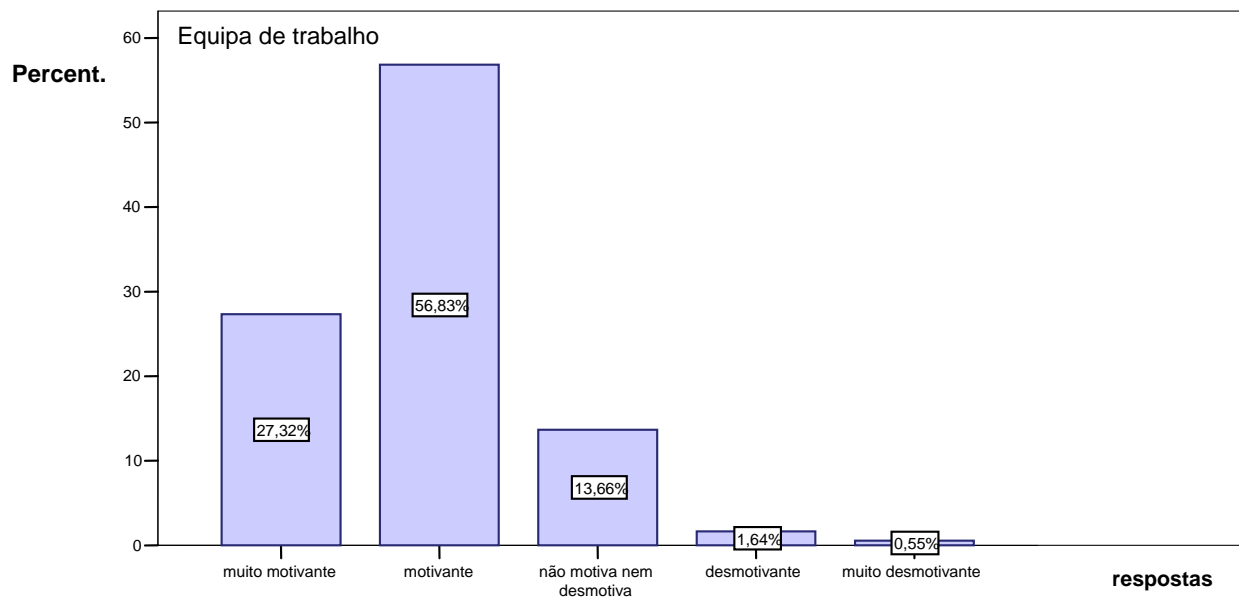


Gráfico nº57

**Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face
à relação com os colegas**

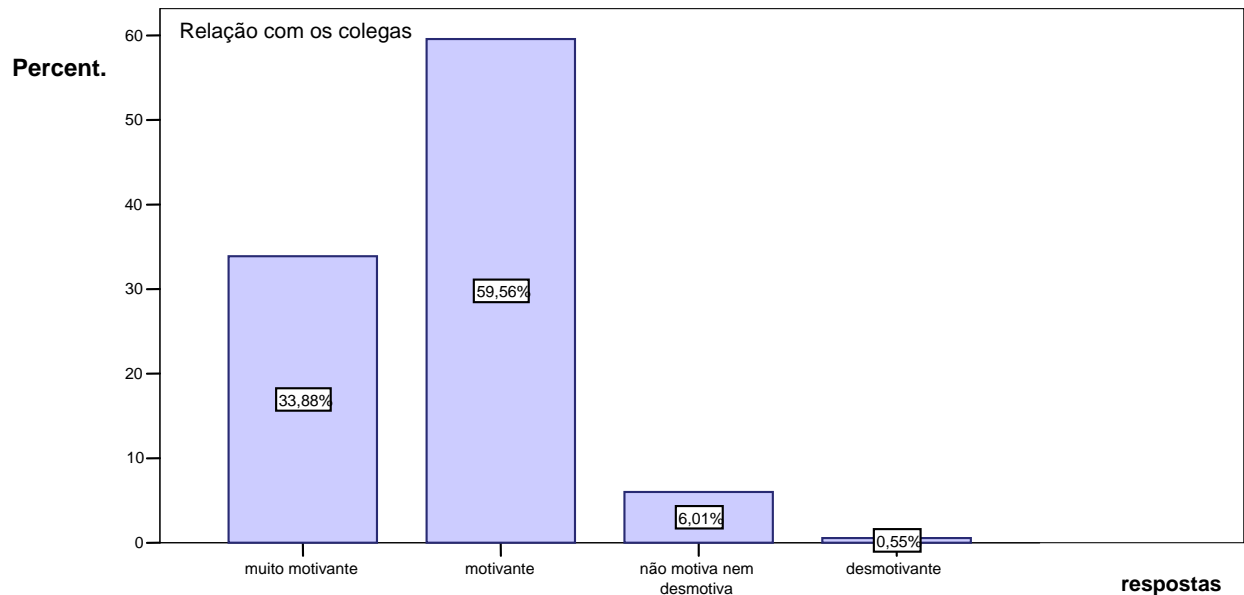


Gráfico nº58

**Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face
à comunicação de informações importantes**

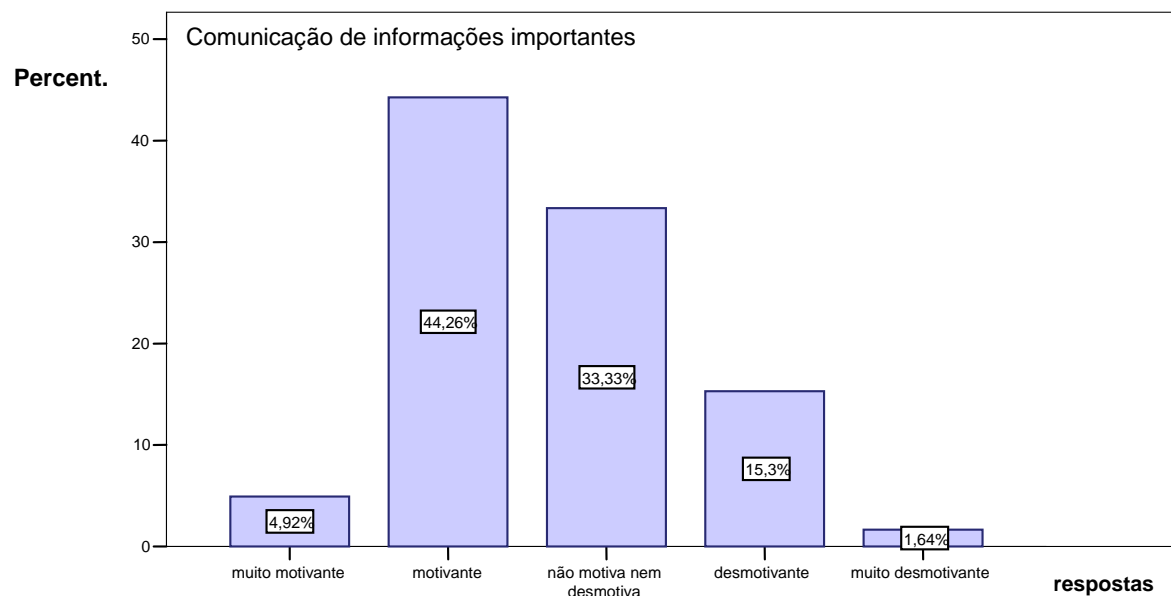


Gráfico nº59

**Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face
à satisfação dos utentes com os cuidados prestados**

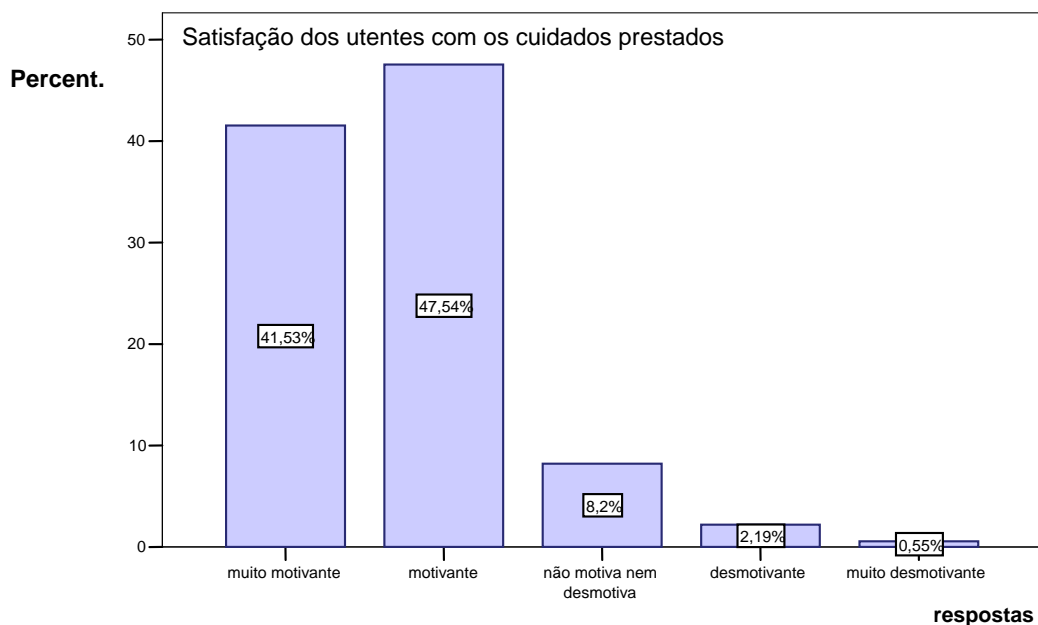


Gráfico nº60

**Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face
à possibilidade de traçar objectivos próprios**

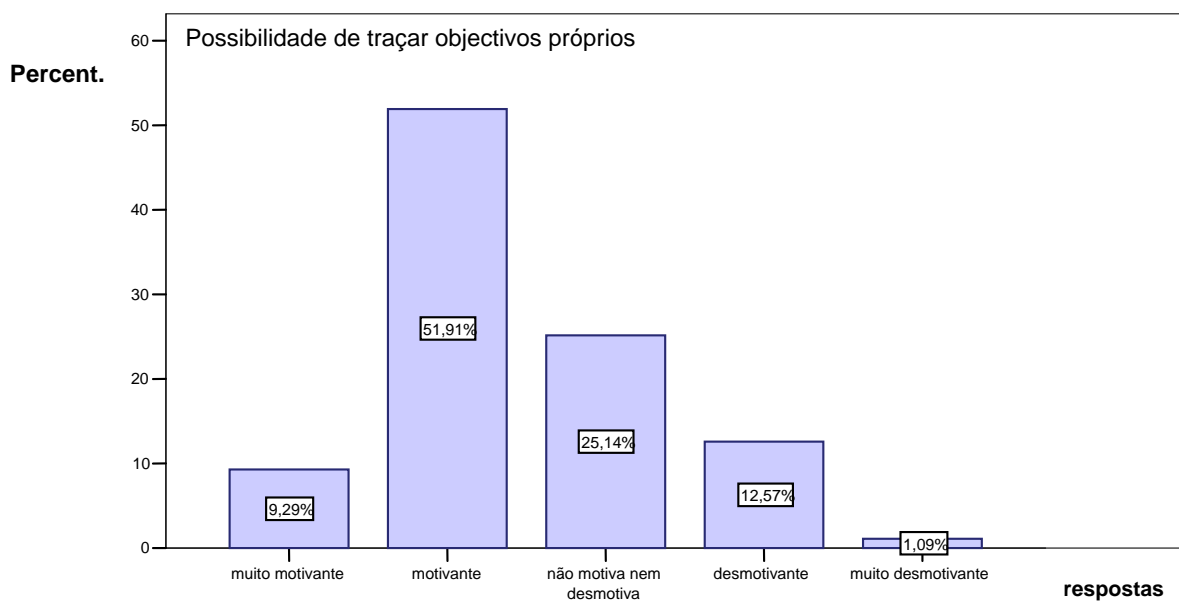


Gráfico nº61

**Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face
à variedade das tarefas**

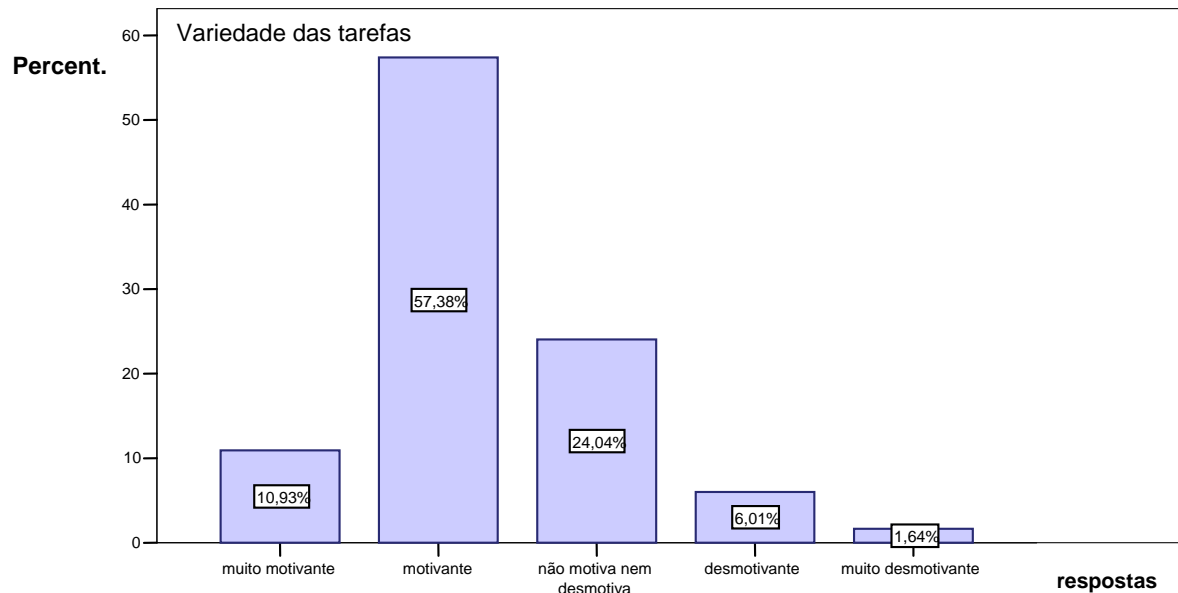


Gráfico nº62

**Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face
ao interesse das tarefas**

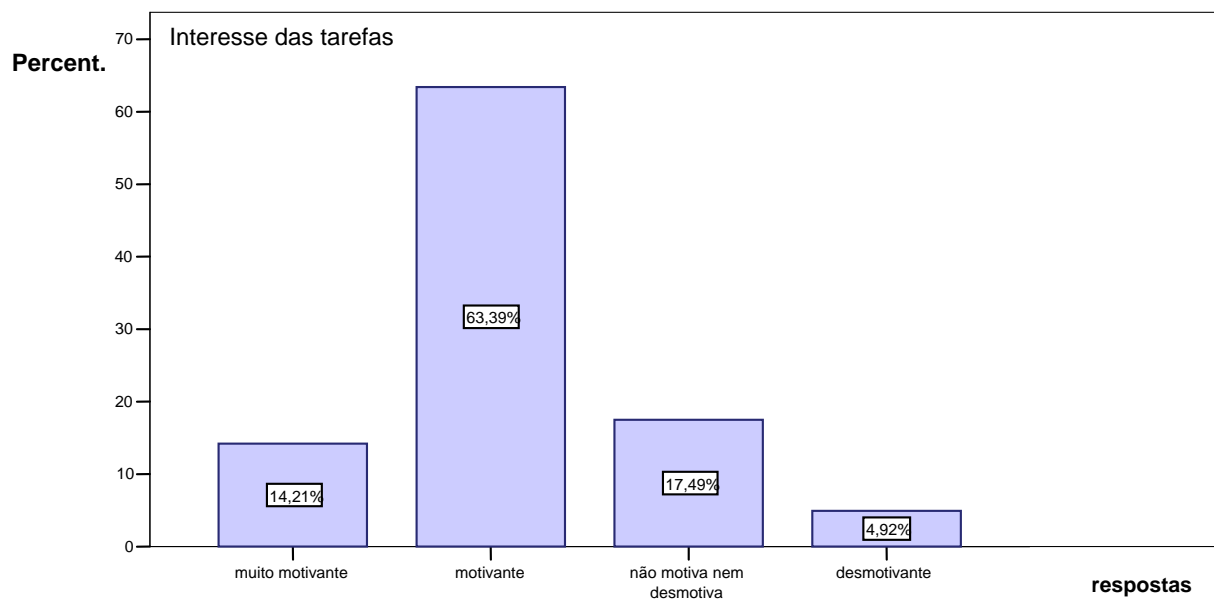


Gráfico nº63

**Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face
à utilização de experiências anteriores**

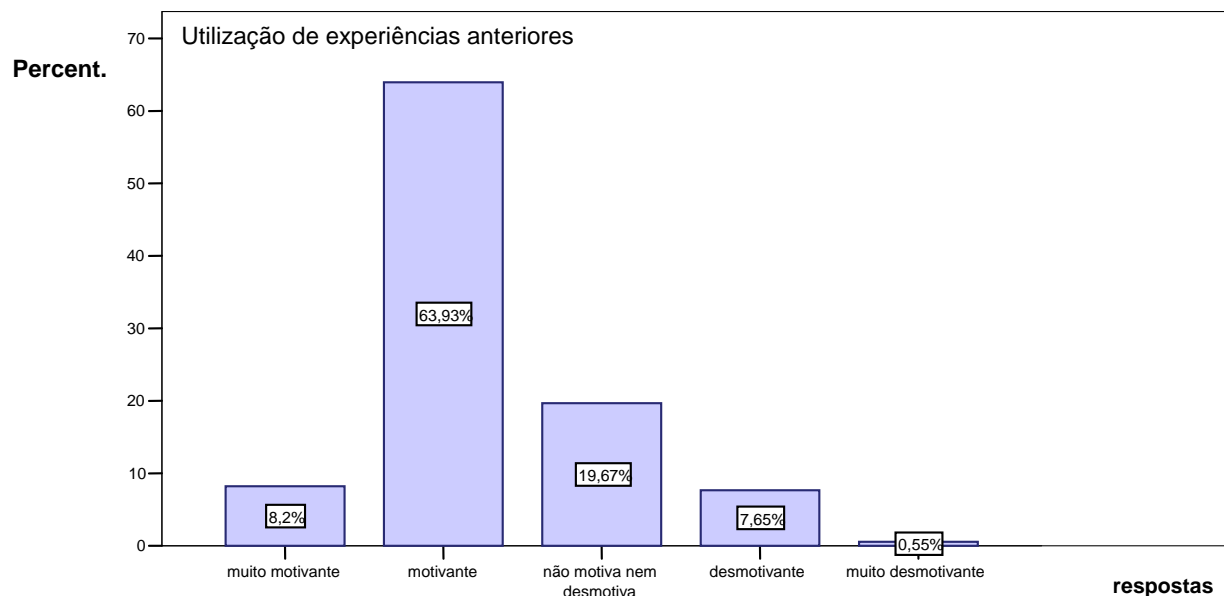


Gráfico nº64

**Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face
à possibilidade de planejar o trabalho**

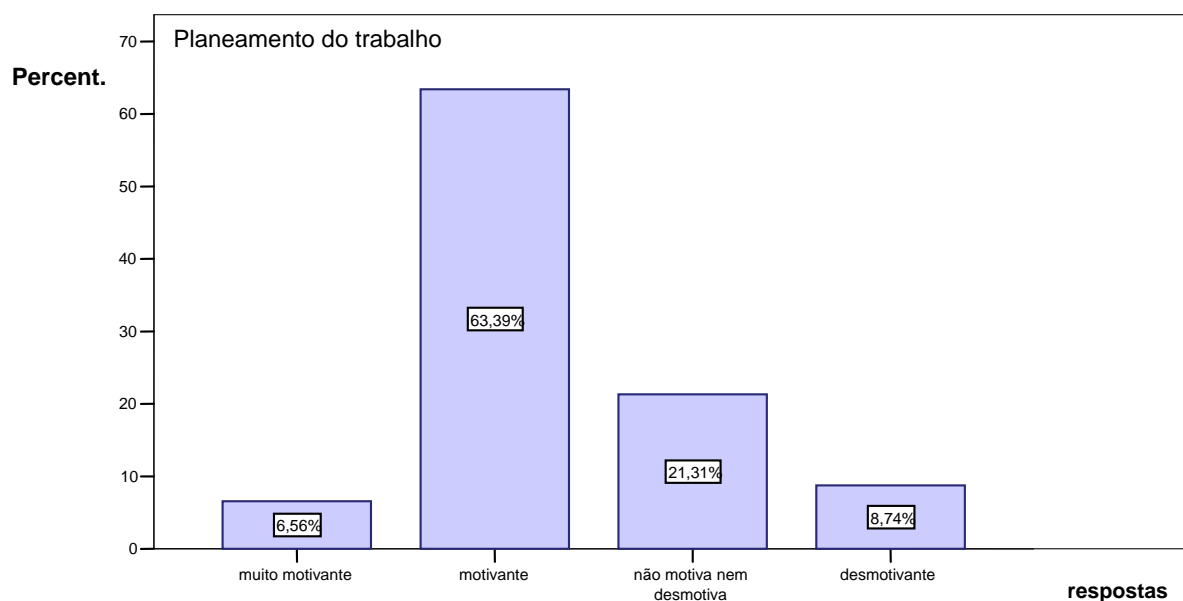


Gráfico nº65

**Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face
à responsabilização pessoal pelos resultados**

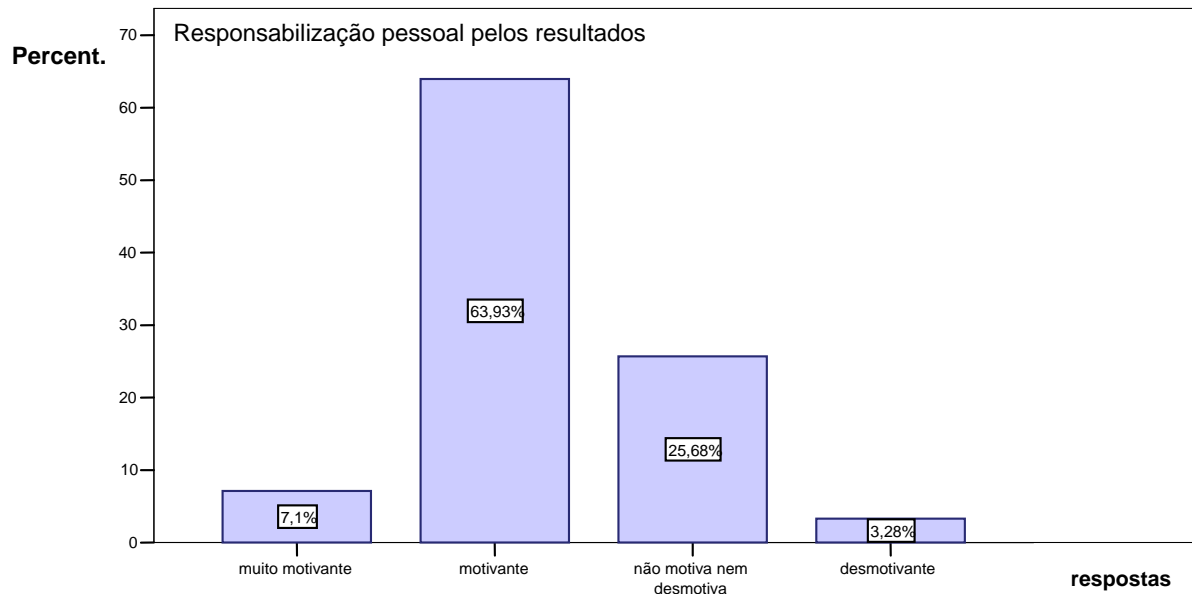


Gráfico nº66

**Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face
à competência técnico-científica da equipa de trabalho**

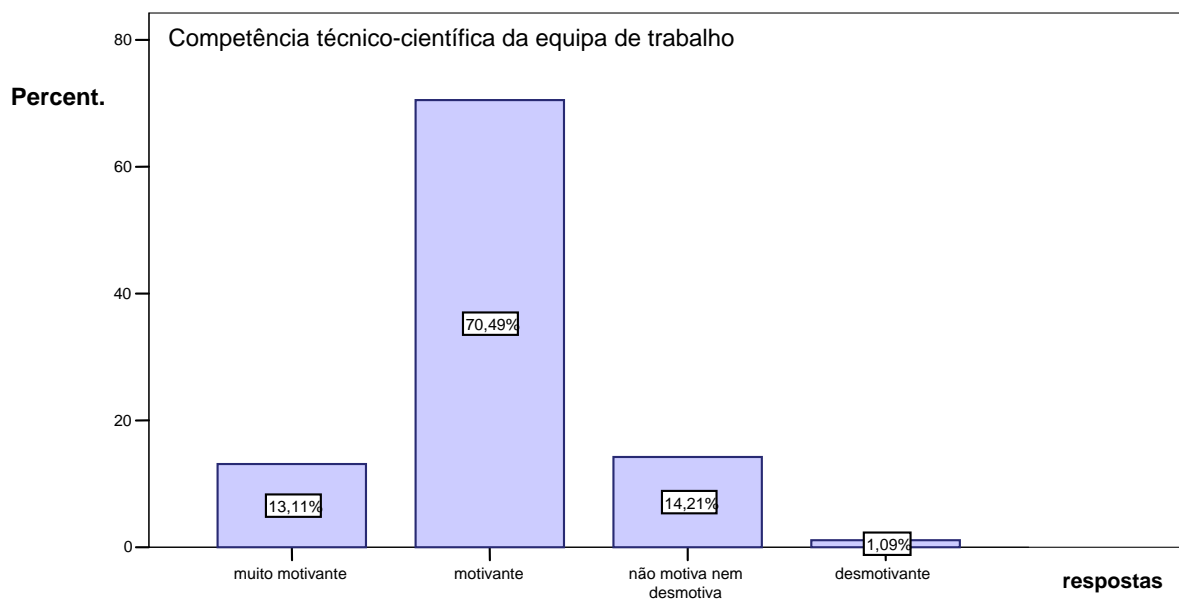


Gráfico nº67

**Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face
à existência de protocolos de actuação**

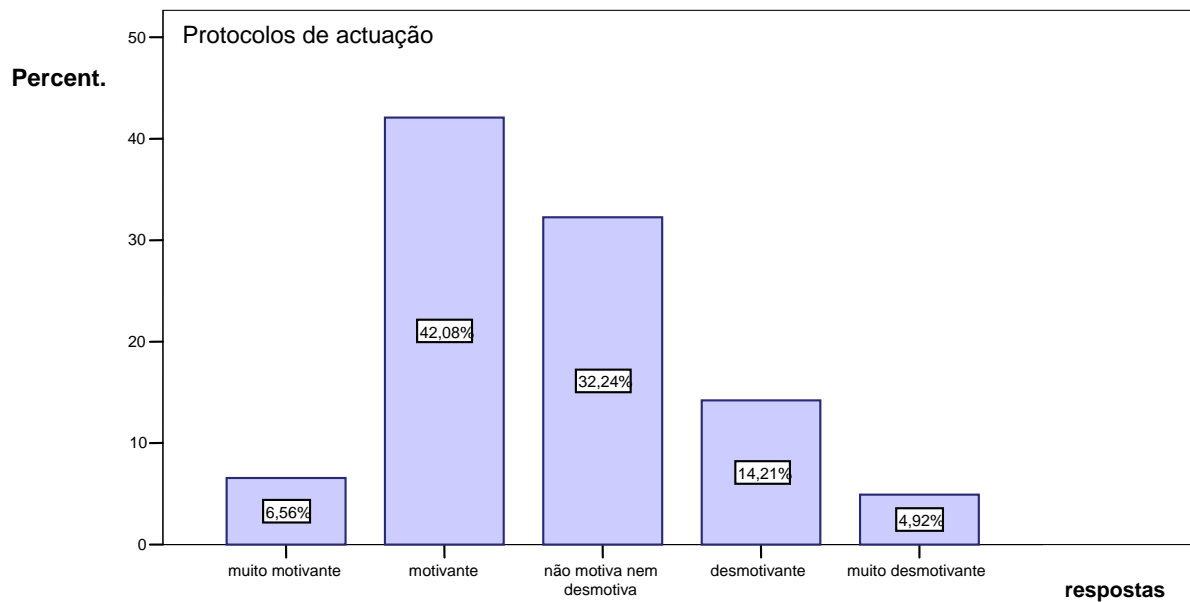


Gráfico nº68

**Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face
à possibilidade de investir em formação**

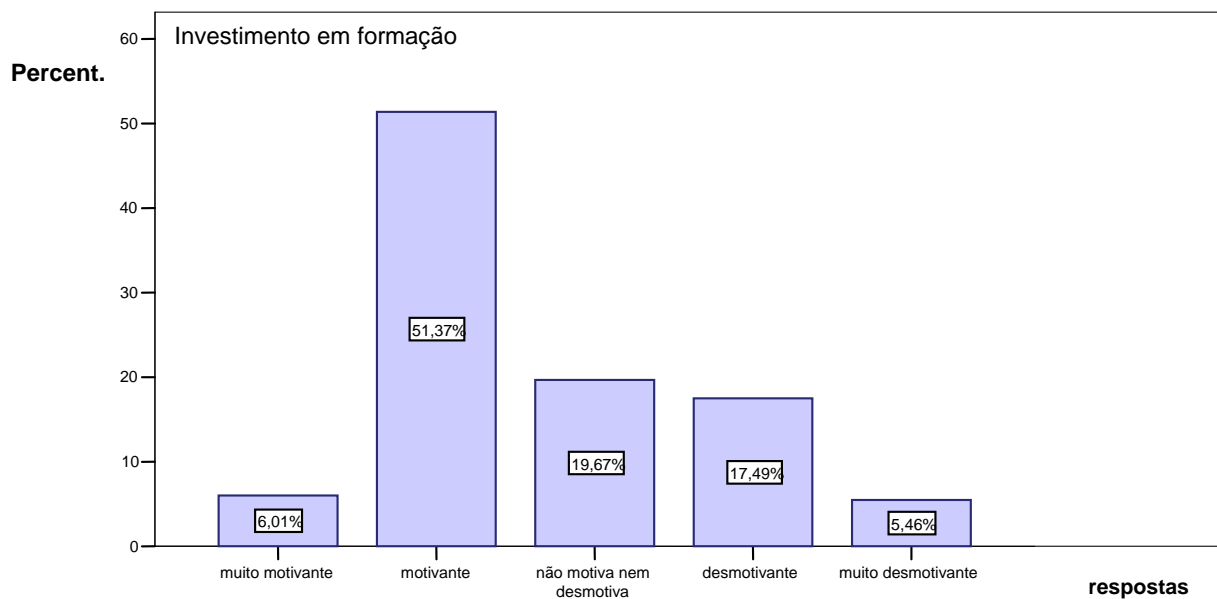
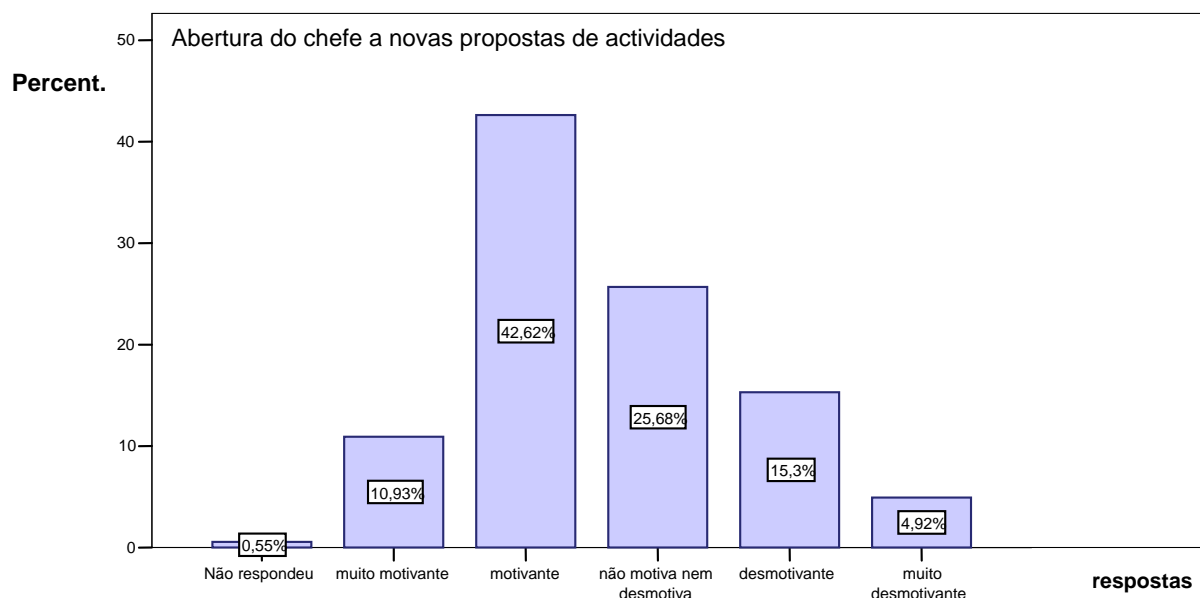


Gráfico nº69

Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face à abertura do chefe a novas propostas de actividades



Constatou-se ainda que determinados aspectos específicos, como o **horário de trabalho**, a **imparcialidade no tratamento** pelo chefe e a **possibilidade de participar na gestão do serviço** são tendencialmente **neutros**, isto é, a sua presença não motiva mas a sua ausência não desmotiva, conforme se pode observar respectivamente através dos gráficos nº70, nº71 e nº72.

Gráfico nº70

**Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face
ao horário de trabalho**

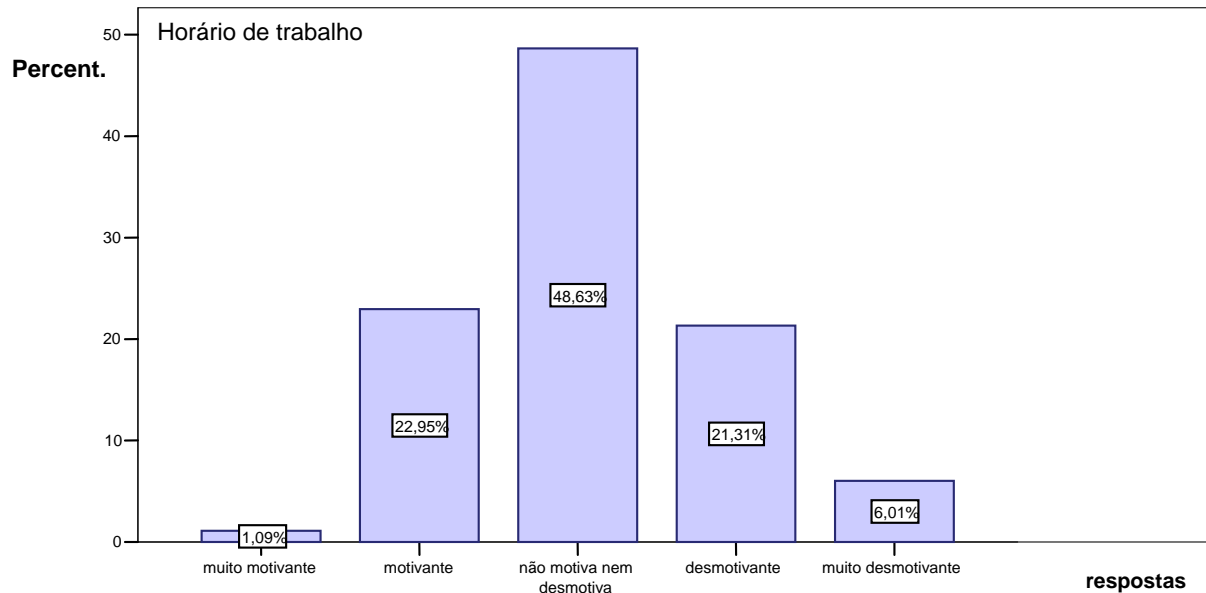


Gráfico nº71

**Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face
à imparcialidade no tratamento pelo chefe**

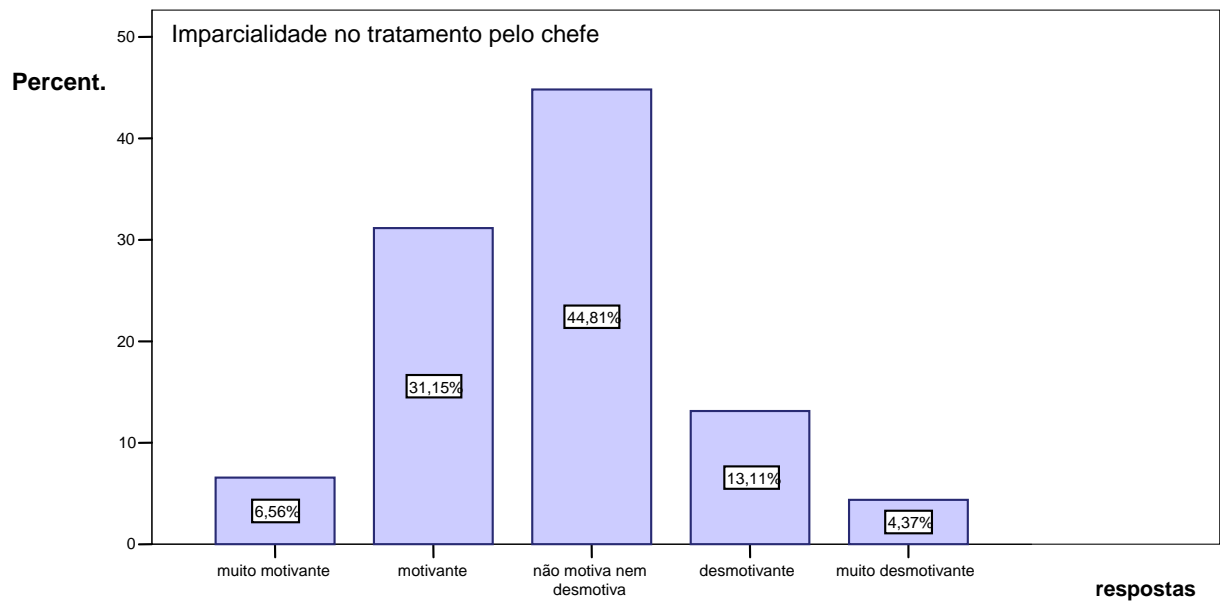
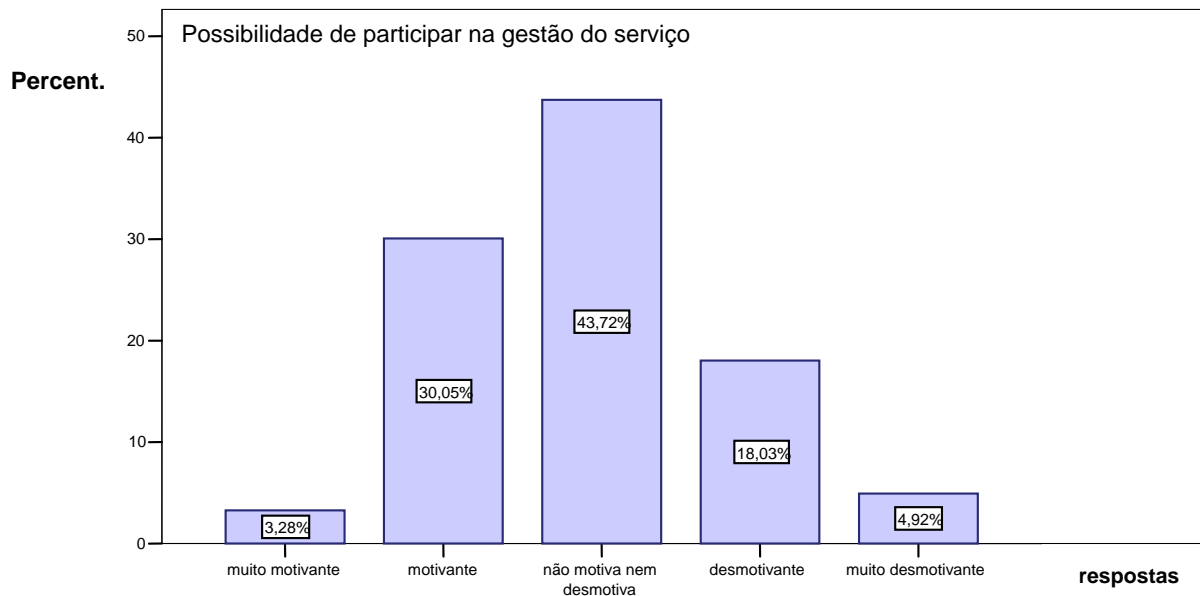


Gráfico nº72

Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face à possibilidade de participarem na gestão do serviço



Verificou-se ainda existir um conjunto de **factores ambíguos**, isto é, funcionam como tendencialmente motivadores para uns mas não motivam nem desmotivam os outros:

- o **equipamento tecnológico** (gráfico nº73),
- as **qualidades da chefia** (gráfico nº74),
- o **reconhecimento pelo desempenho** (gráfico nº75),
- a **relação com a chefia** (gráfico nº76),
- a **atribuição de objectivos precisos** (gráfico nº77),
- o **feedback do desempenho** (gráfico nº78),
- o **poder ou autoridade** detido para o exercício das funções (gráfico nº79),
- a **consideração pelos superiores** (gráfico nº80) e
- hierárquicos e a **orientação técnica** por parte do chefe (gráfico nº81).

Gráfico nº73

Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face ao equipamento tecnológico

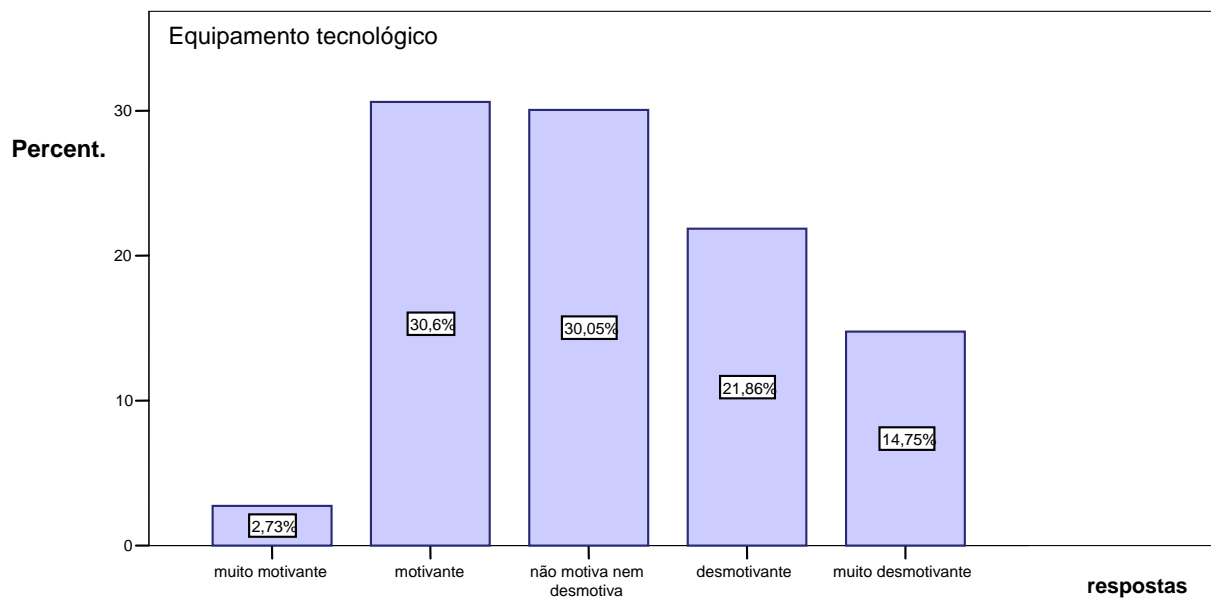


Gráfico nº74

Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face às qualidades da chefia

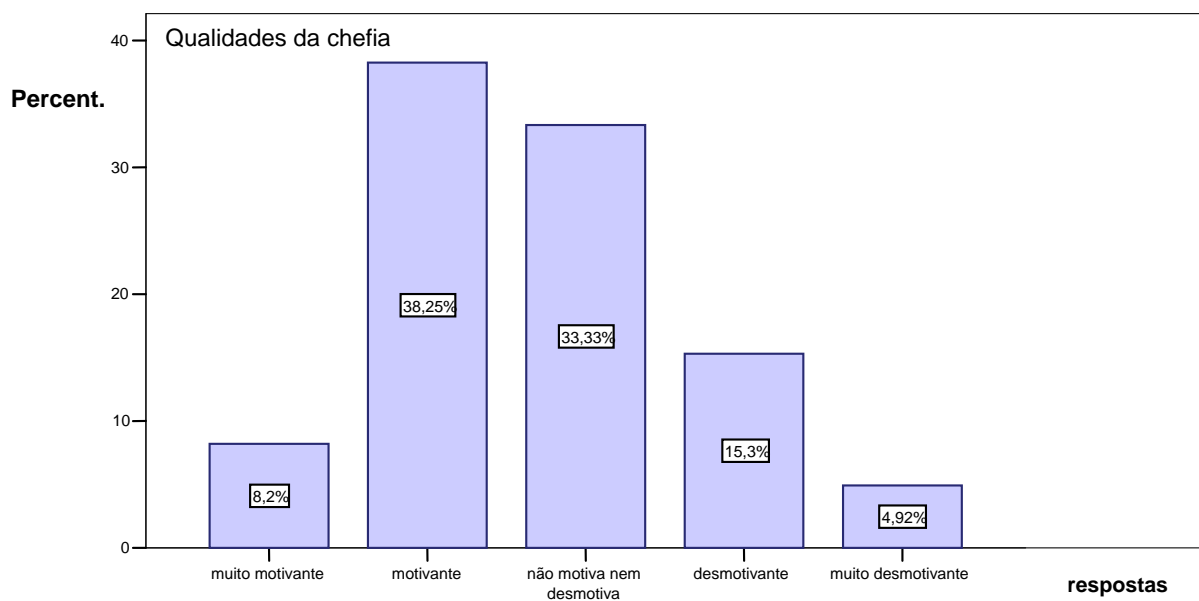


Gráfico nº75

**Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face
ao reconhecimento pelo seu desempenho**

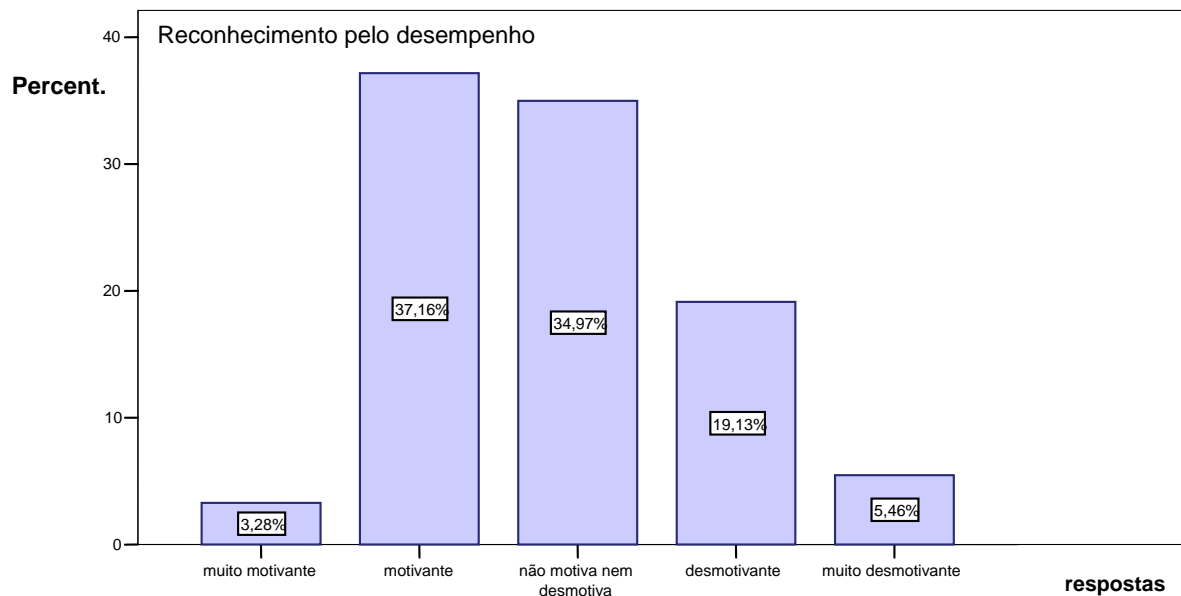


Gráfico nº76

**Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face
à relação com a chefia**

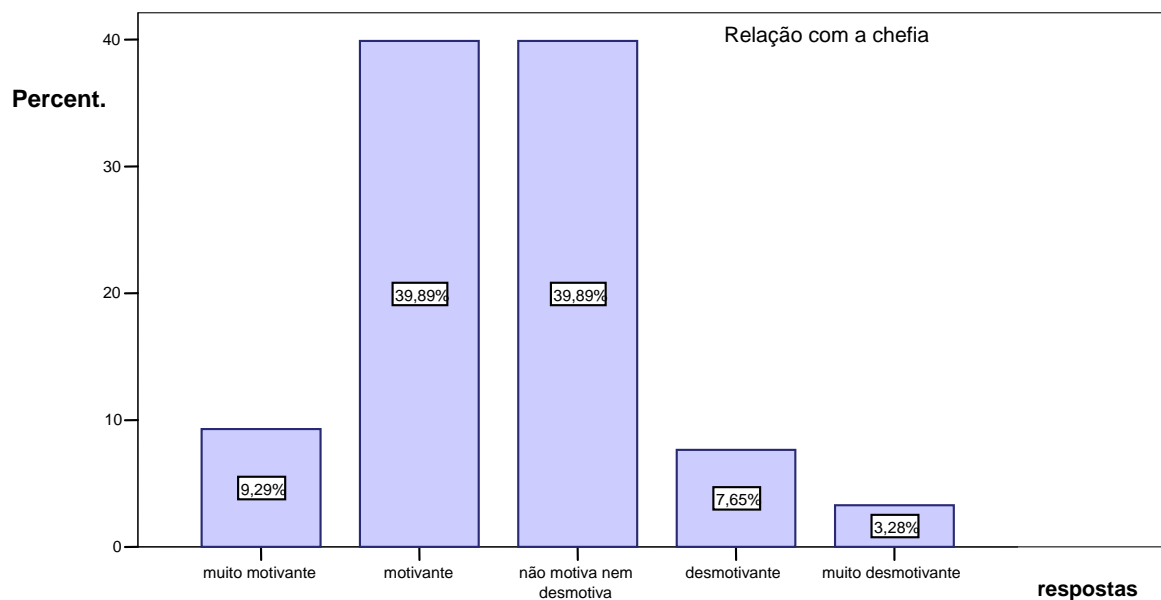


Gráfico nº77

**Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face
à atribuição de objectivos precisos**

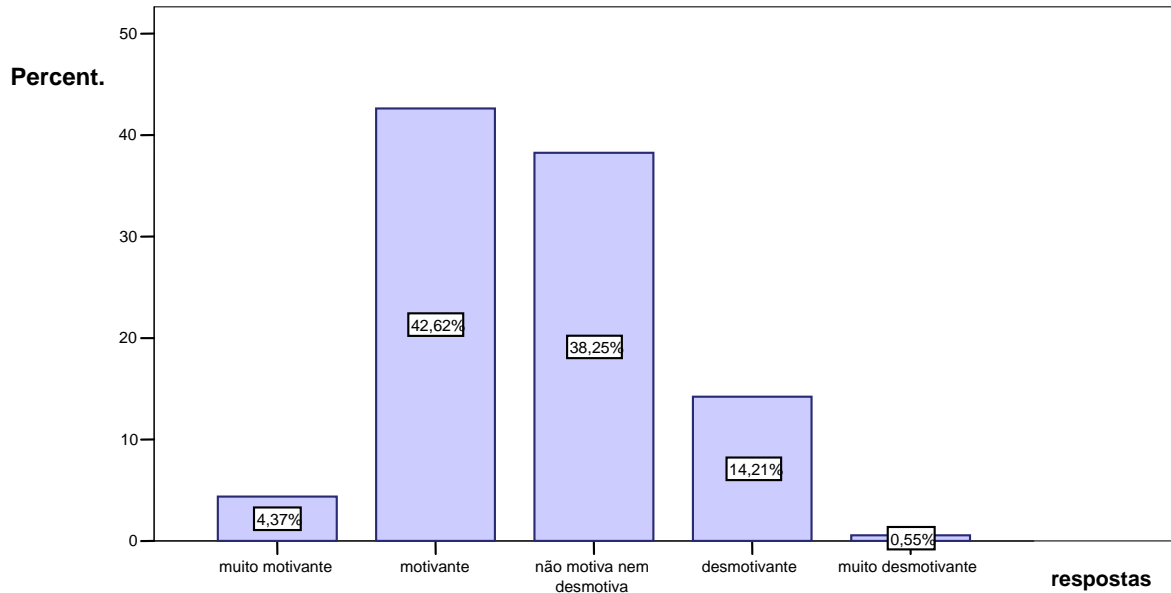


Gráfico nº78

**Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face
ao feedback do desempenho**

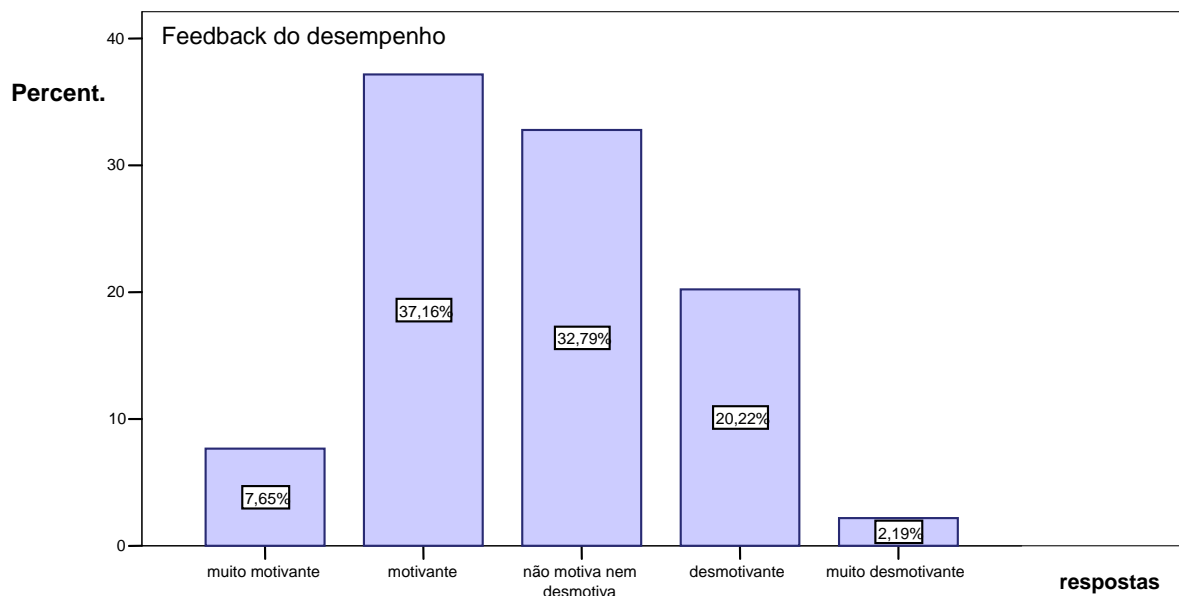


Gráfico nº79

Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face ao poder ou autoridade que efectivamente detêm no exercício das suas funções

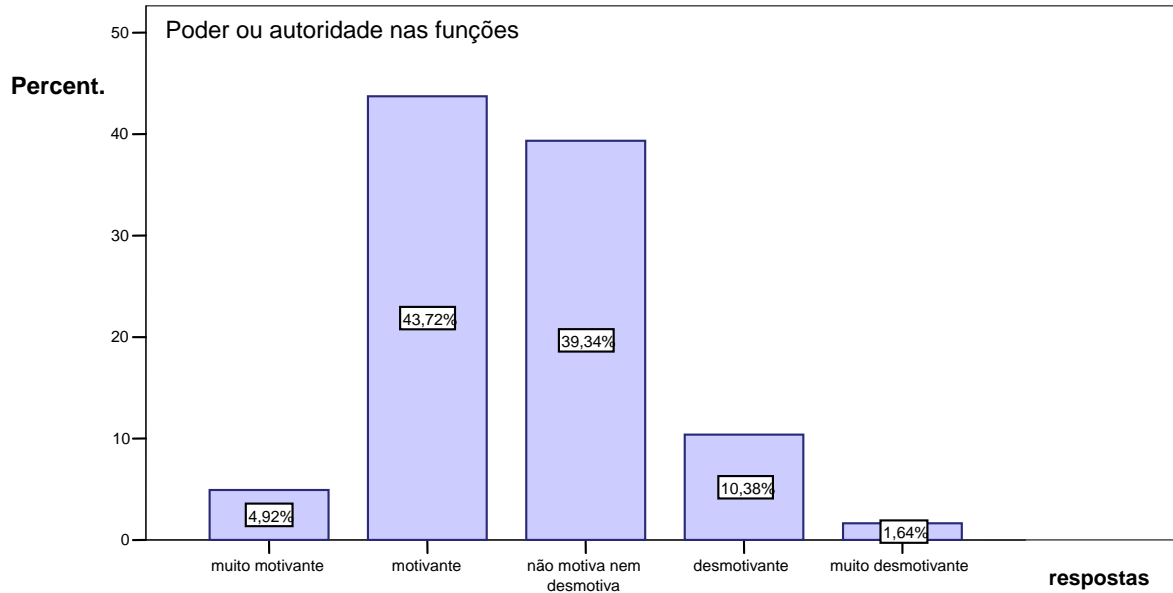


Gráfico nº80

Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face à consideração em que são tidos pelos seus superiores hierárquicos

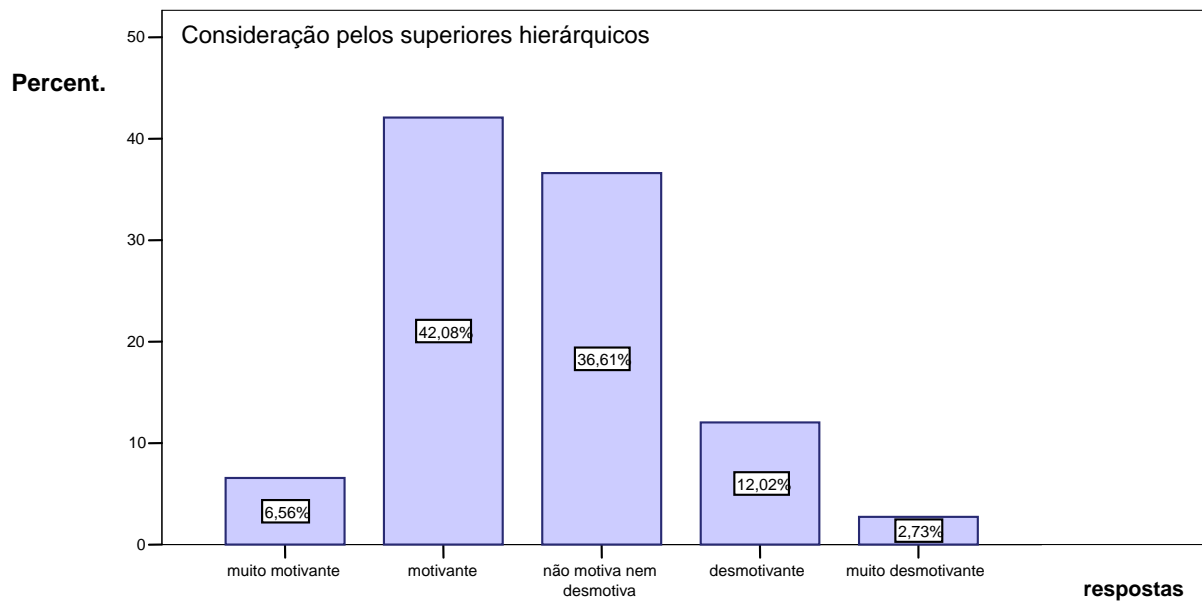
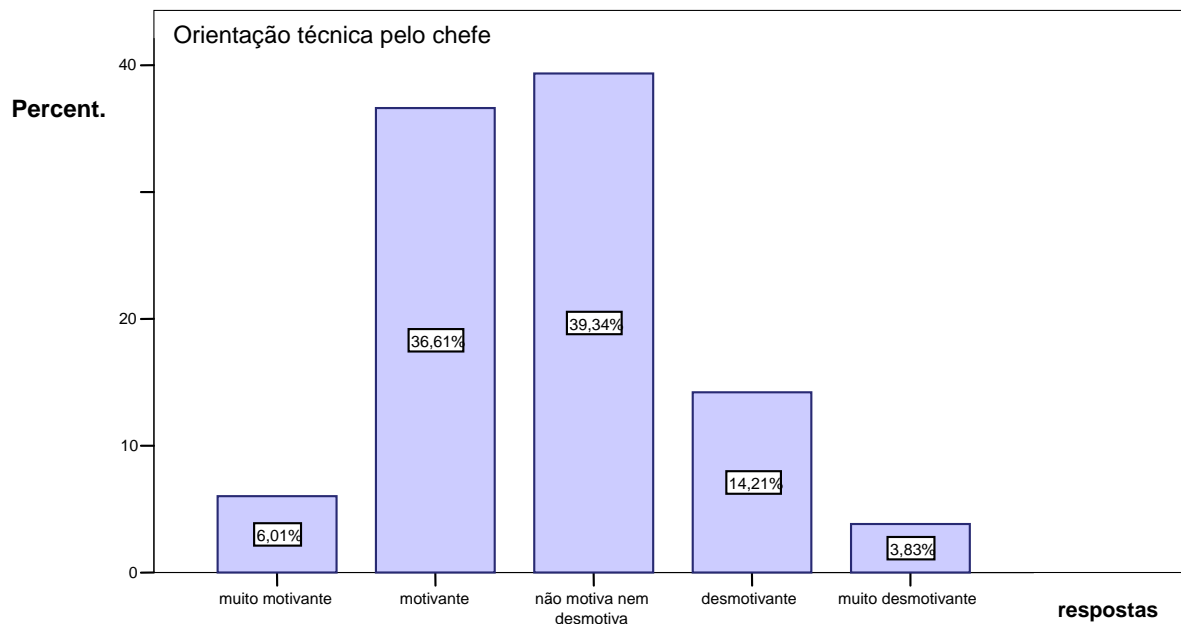


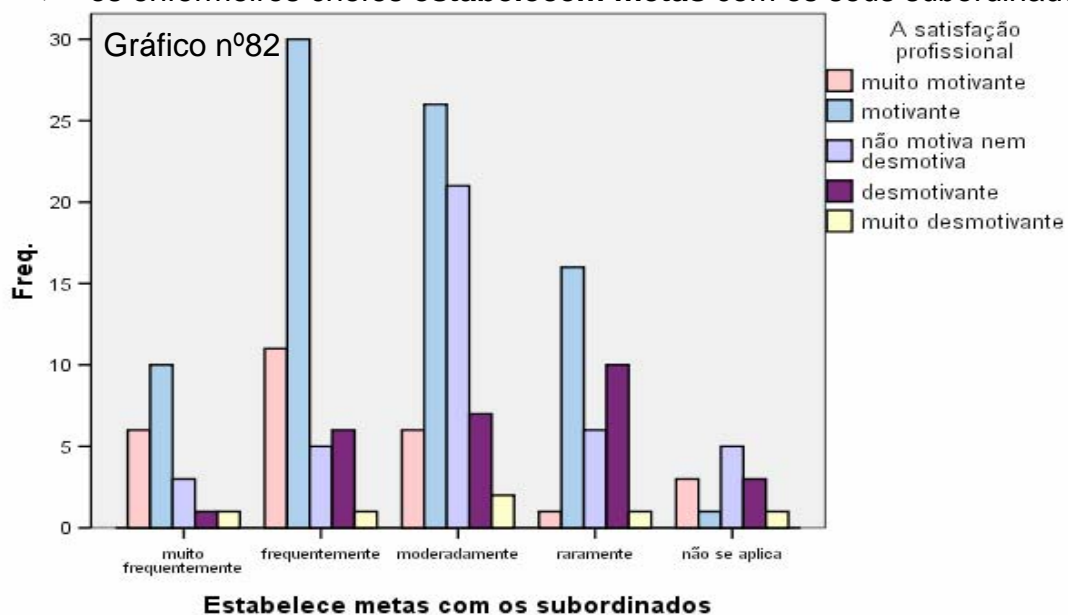
Gráfico nº81

Grau de motivação dos enfermeiros subordinados face à orientação técnica pelos seus chefes

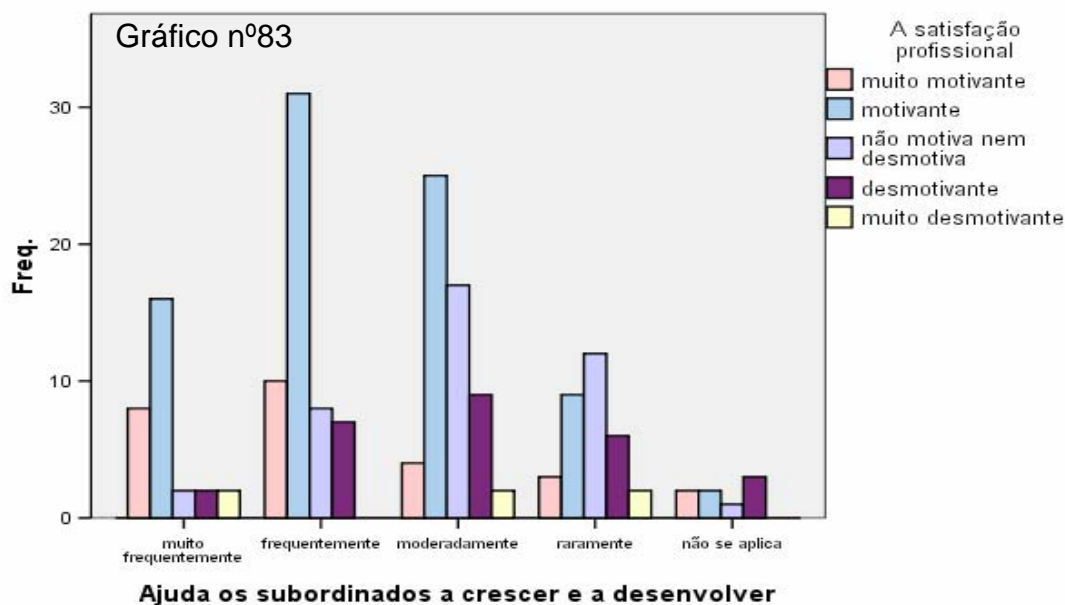


Do cruzamento de características de liderança dos enfermeiros chefes com o grau de satisfação profissional dos enfermeiros subordinados, verifica-se que **a satisfação profissional dos enfermeiros subordinados é mais elevada quando:**

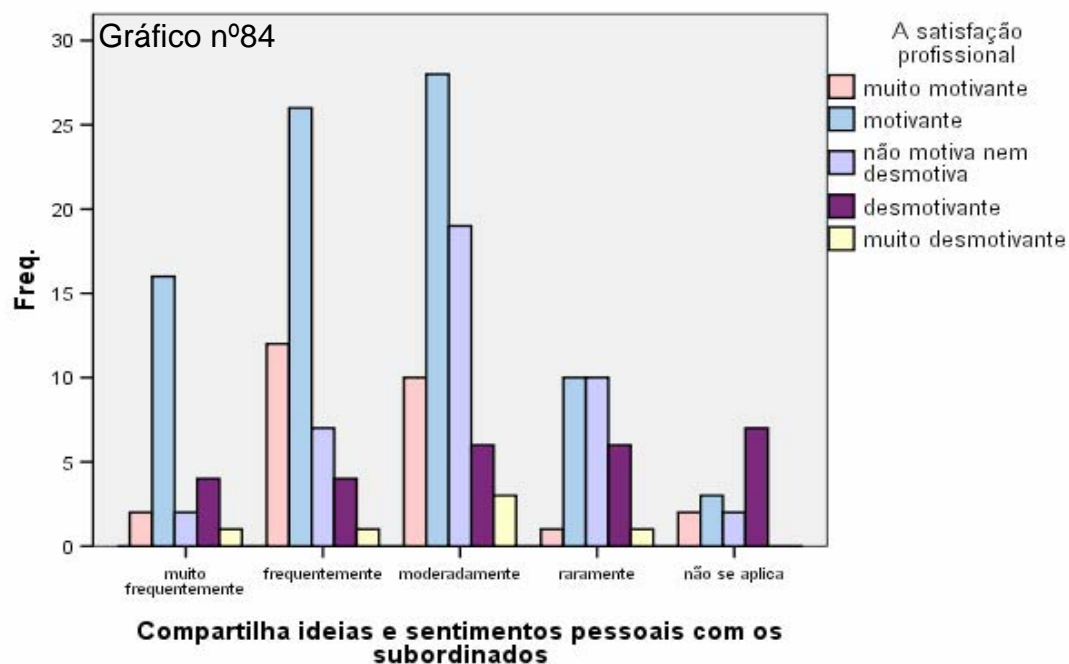
➤ os enfermeiros chefes **estabelecem metas** com os seus subordinados;



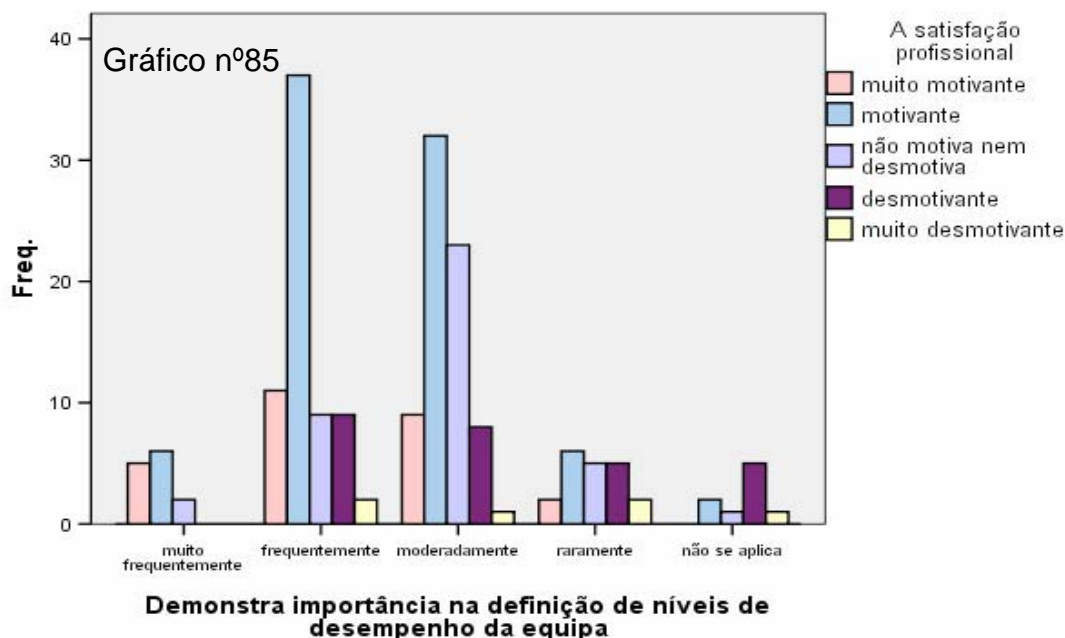
- os enfermeiros chefes **ajudam os subordinados** a crescer e a desenvolverem-se;



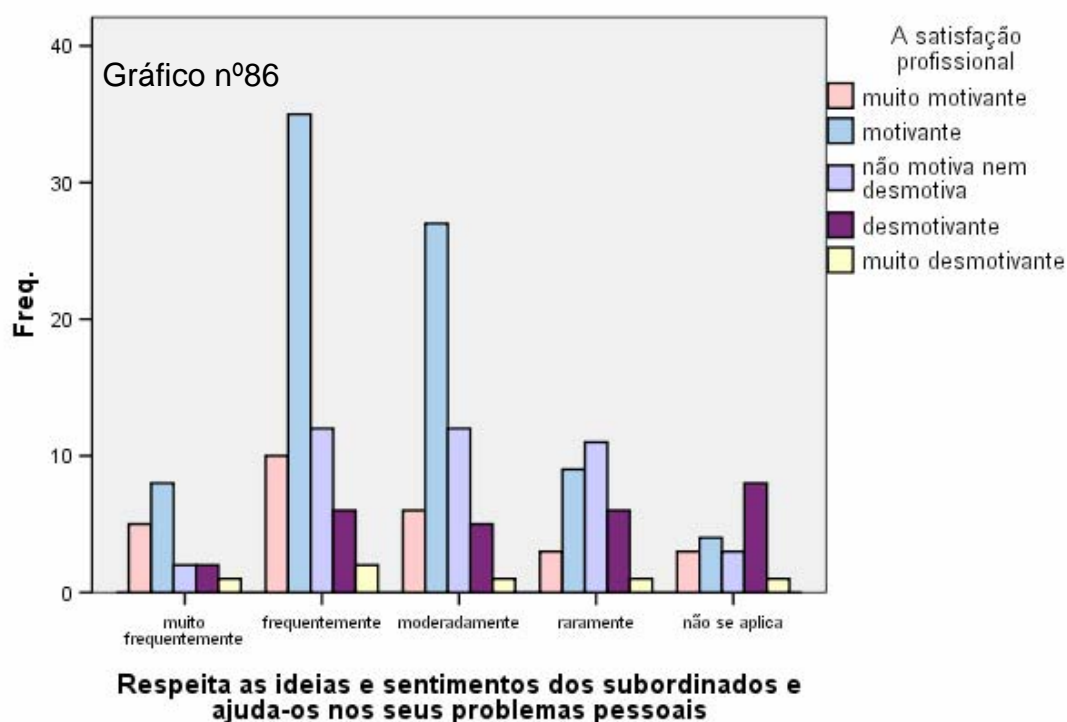
- os enfermeiros chefes **compartilham ideias e sentimentos** pessoais com os subordinados;



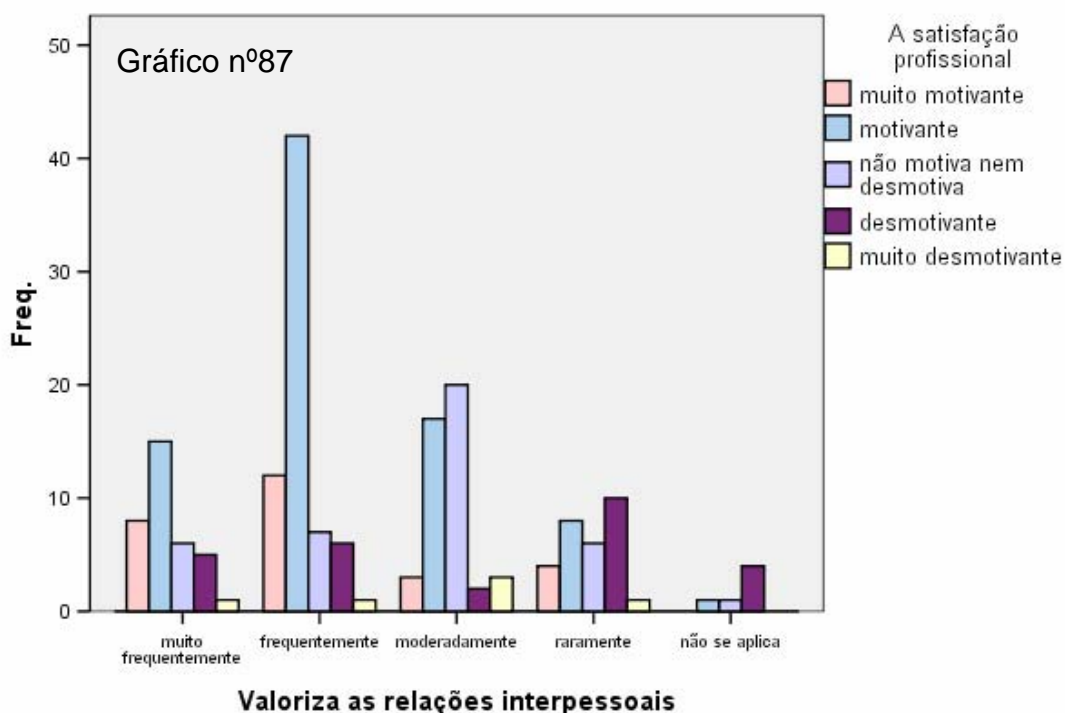
- os enfermeiros chefes demonstram **importância na definição de níveis de desempenho** da equipa;



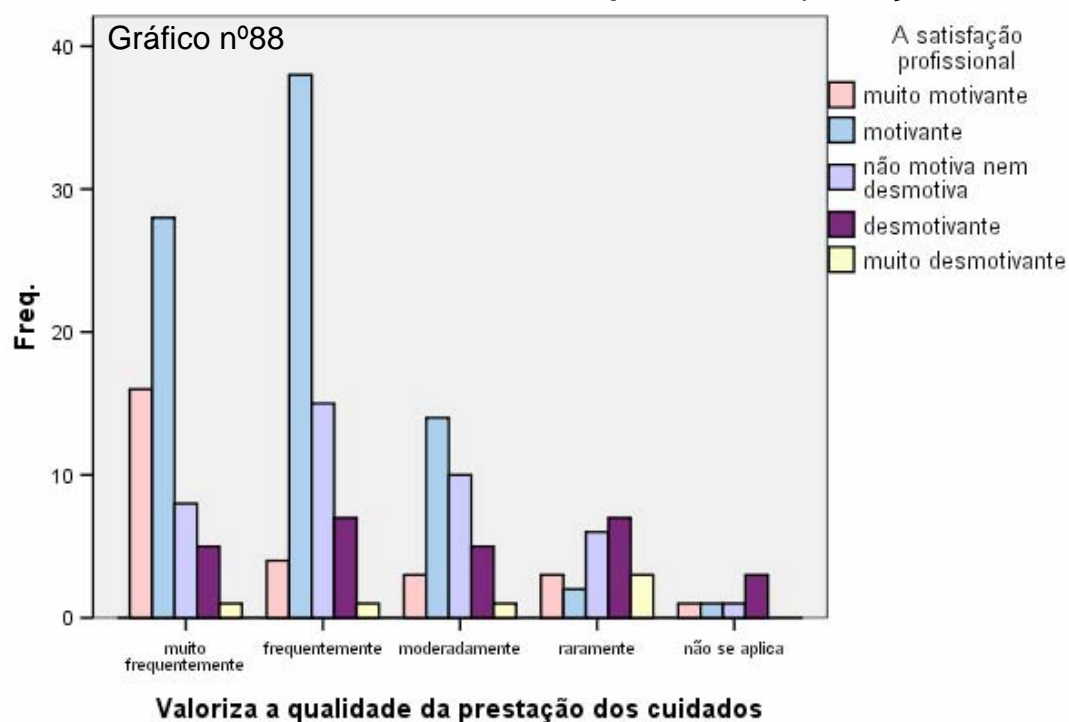
- os enfermeiros chefes **respeitam as ideias e os sentimentos dos subordinados** e os ajudam nos seus problemas pessoais;



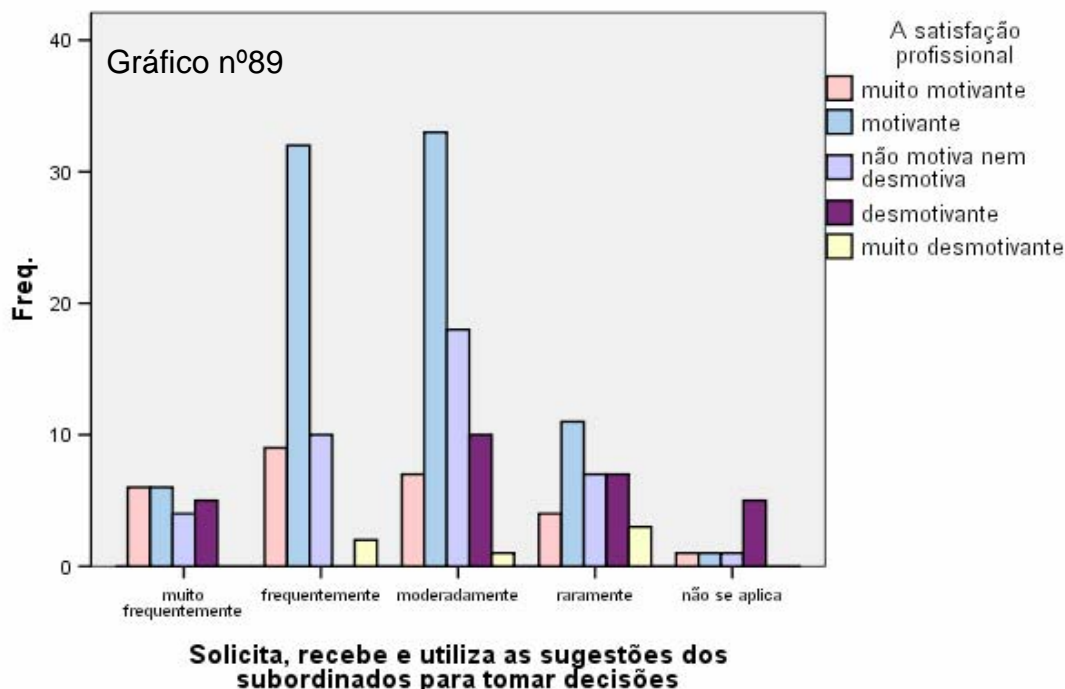
- os enfermeiros chefes **valorizam as relações interpessoais**;



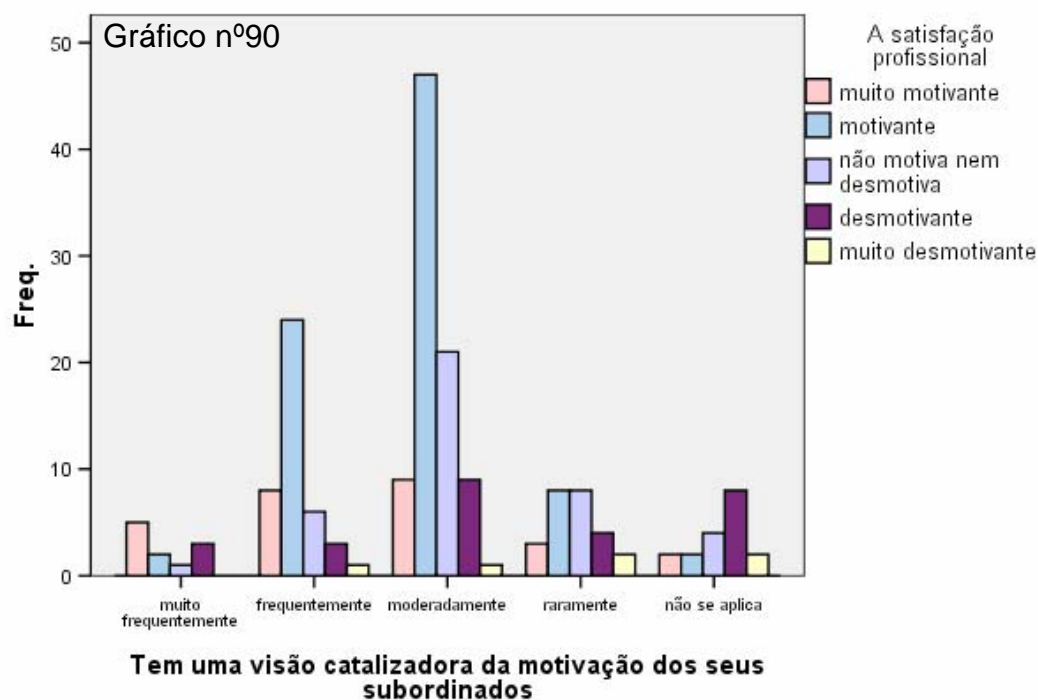
- os enfermeiros chefes **valorizam a qualidade de prestação dos cuidados**;



- os enfermeiros chefes solicitam, recebem e **utilizam as sugestões dos enfermeiros subordinados** para tomar decisões;

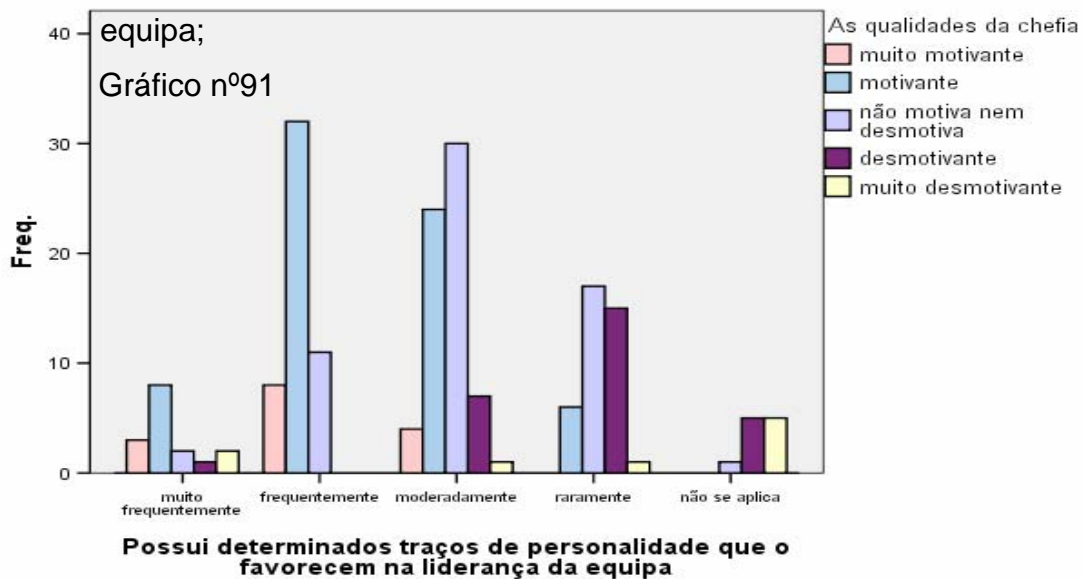


- os enfermeiros chefes **utilizam uma liderança visionária**;

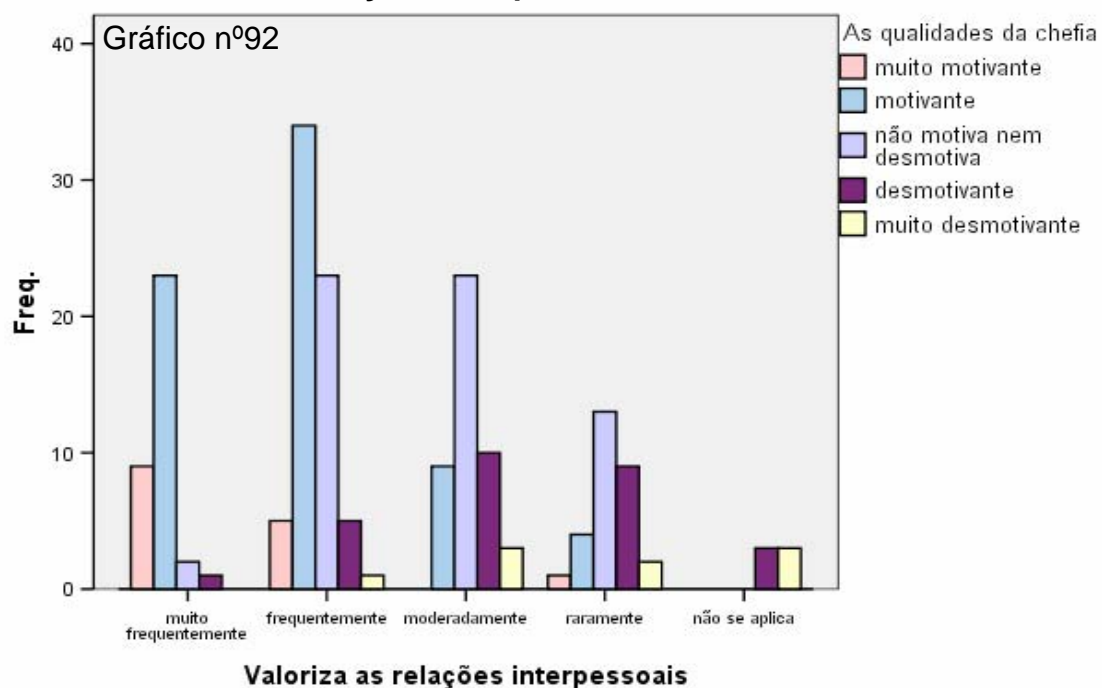


Do cruzamento das qualidades de liderança dos enfermeiros chefes com o grau de motivação dos enfermeiros subordinados, verifica-se que **os enfermeiros subordinados apresentam maiores níveis de motivação quando os seus chefes:**

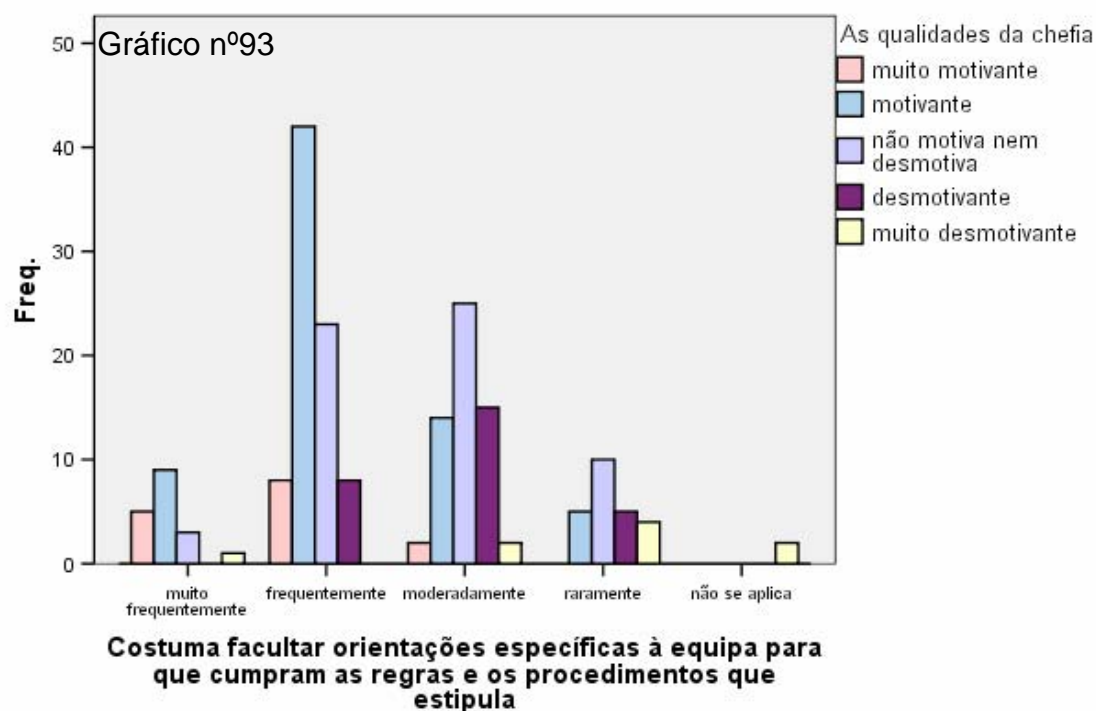
❖ **possuem traços de personalidade que os favorecem na liderança da**



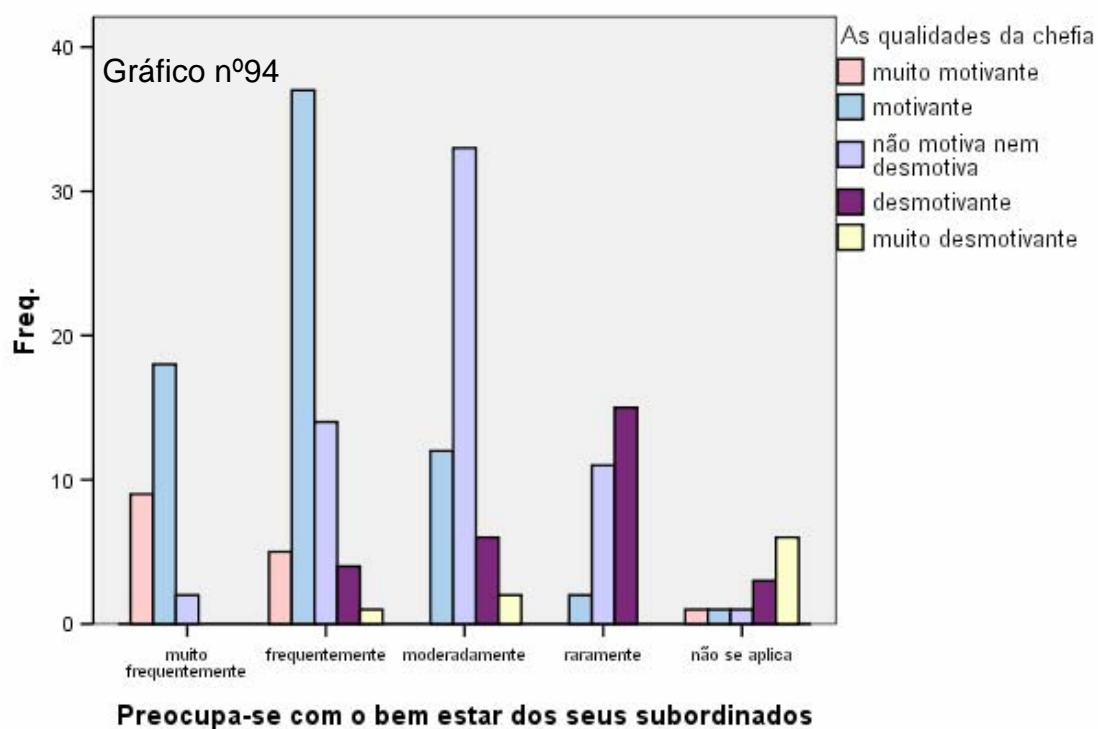
❖ **valorizam as relações interpessoais;**



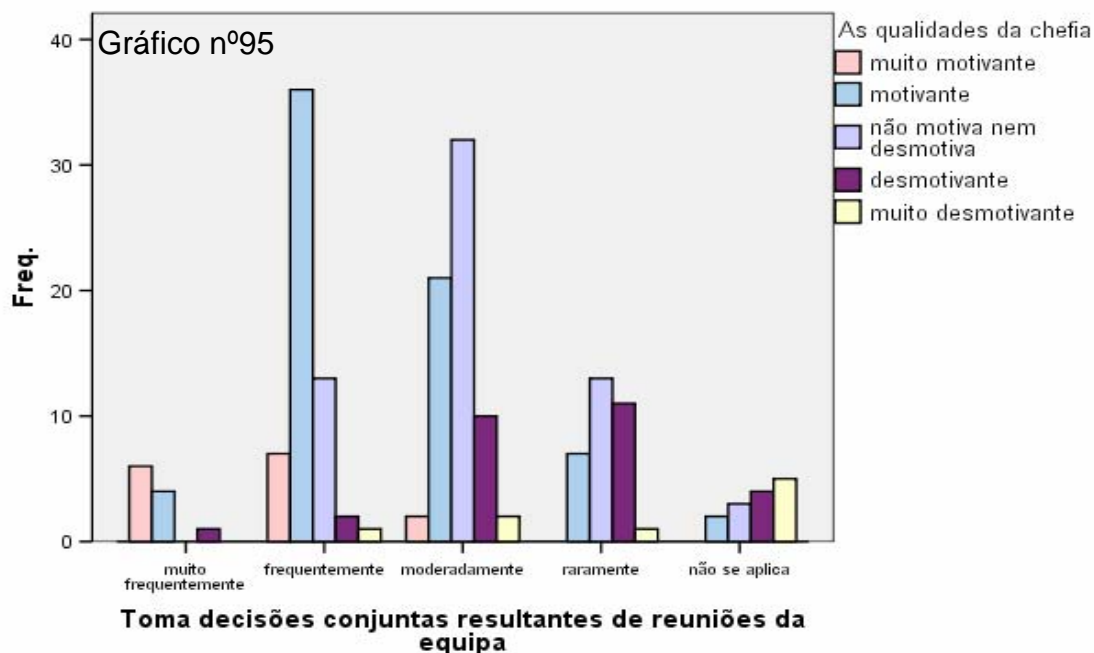
- ❖ facultam **orientações específicas à equipa** para que cumpram as regras e os procedimentos que estipulam;



- ❖ se **preocupam com o bem-estar dos enfermeiros subordinados**;

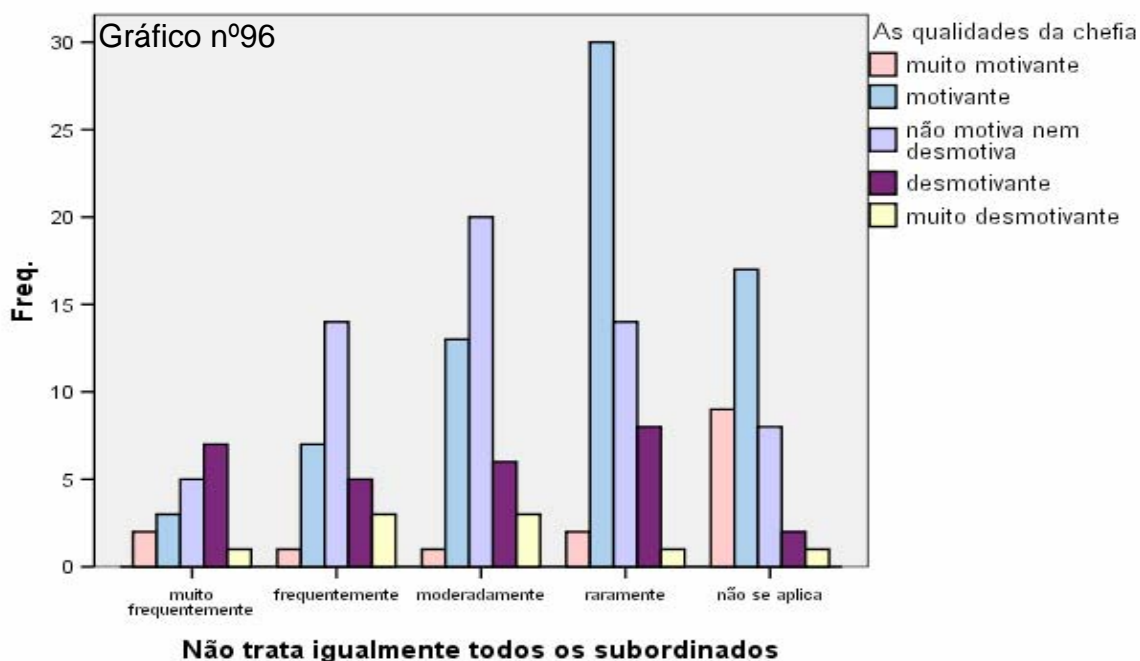


❖ **tomam decisões conjuntas** resultantes de reuniões com a equipa;

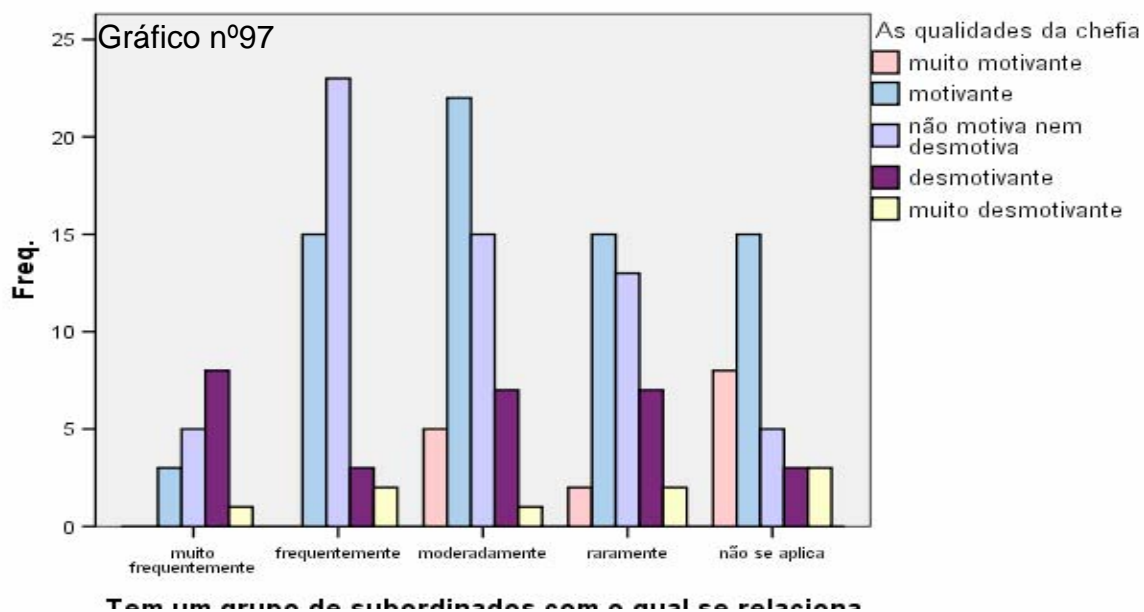


Do cruzamento das qualidades de liderança dos enfermeiros chefes com o grau de motivação dos enfermeiros subordinados, verifica-se que **os enfermeiros subordinados apresentam menores níveis de motivação quando os seus chefes:**

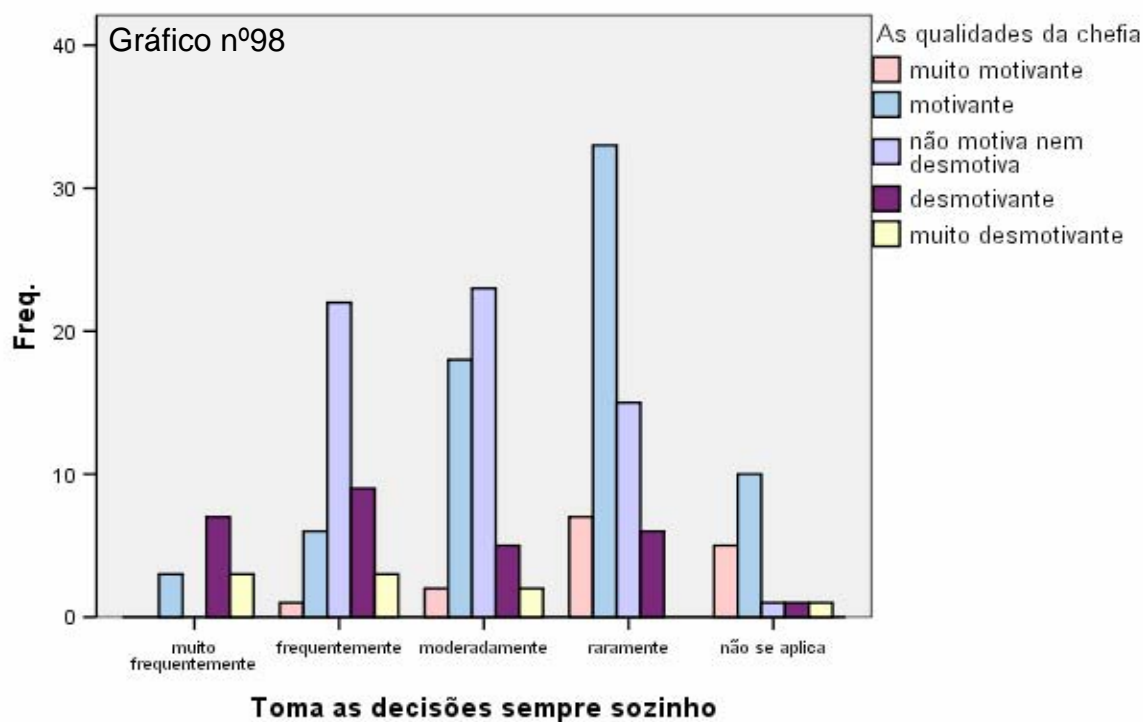
❖ **não tratam igualmente todos** os subordinados;



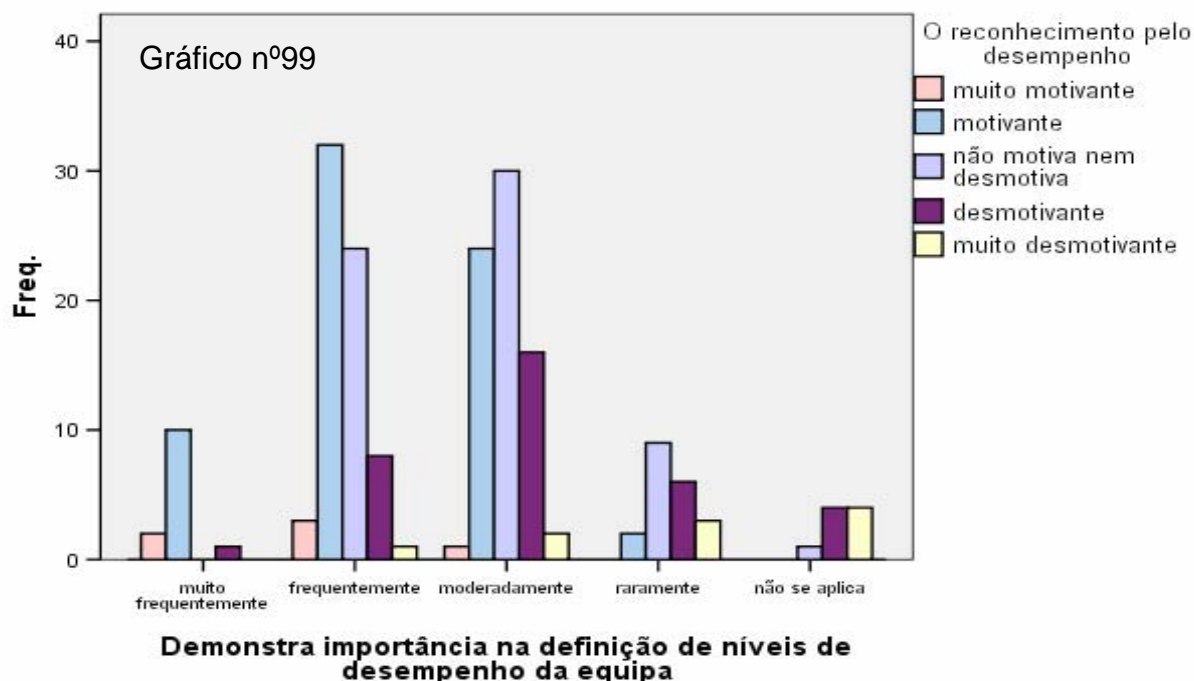
❖ têm um grupo de subordinados preferido;



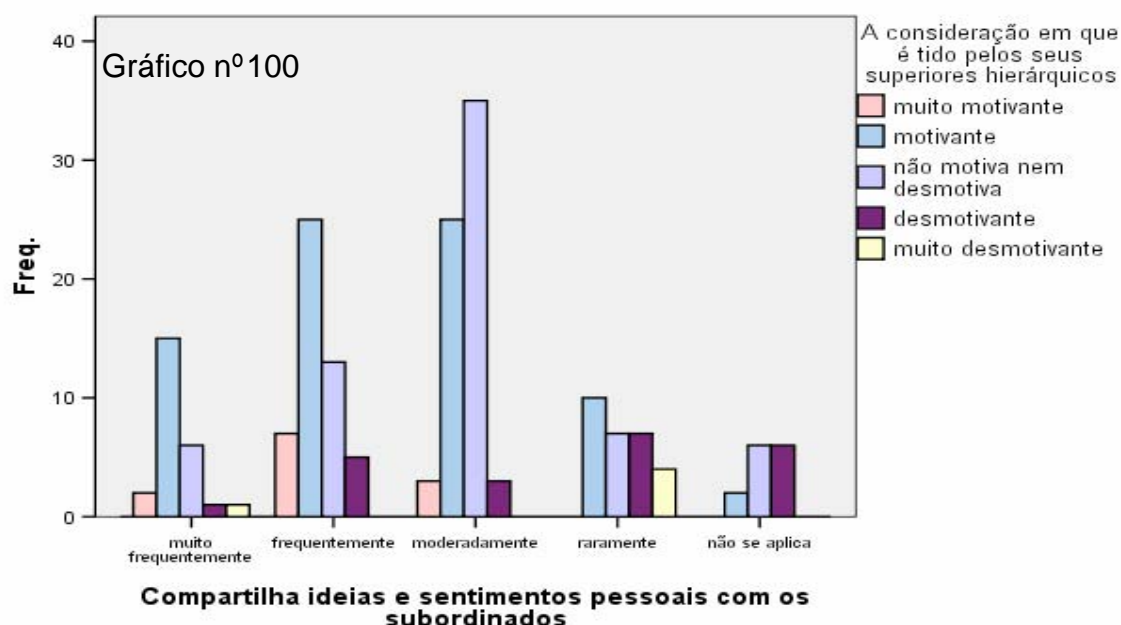
❖ tomam as decisões sozinhos;



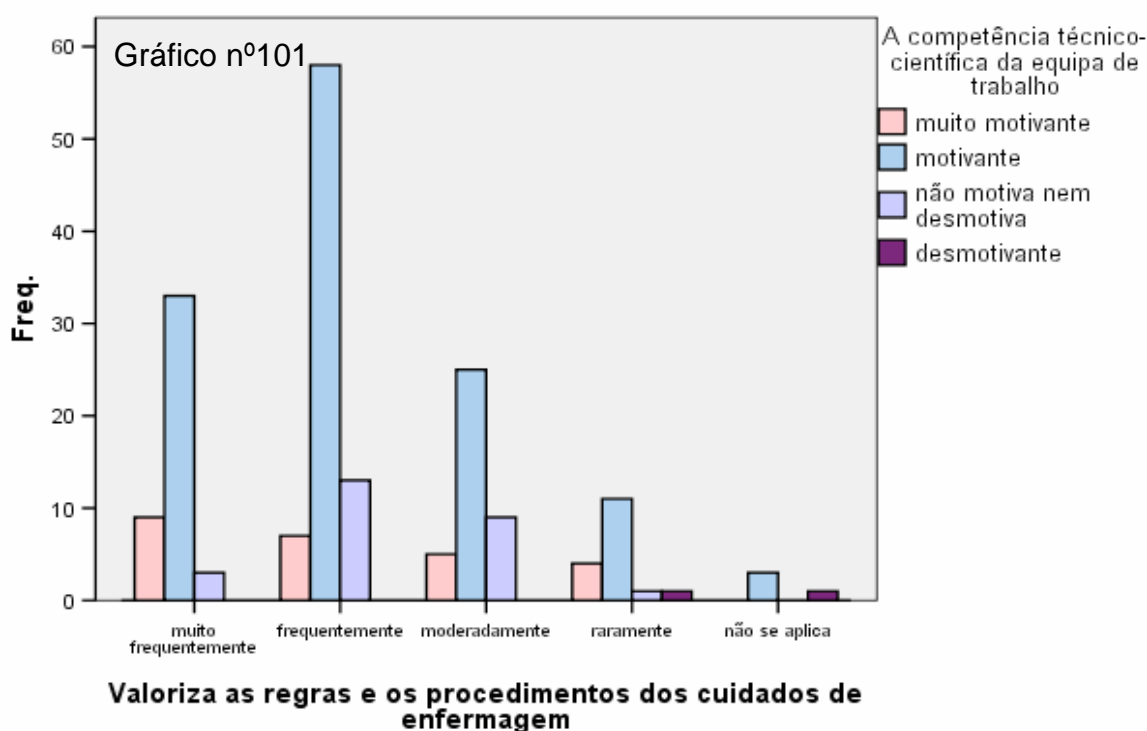
Quanto ao reconhecimento pelo desempenho, constata-se que, quando os enfermeiros chefes demonstram importância na definição de níveis de desempenho os enfermeiros subordinados estes sentem-se mais motivados.



No que respeita à consideração em que os enfermeiros são tidos pelos seus superiores hierárquicos, constata-se que quando os enfermeiros chefes compartilham ideias e sentimentos pessoais com os seus subordinados, estes sentem-se mais considerados pelos seus superiores.



Relativamente à competência, os resultados indicam que, quando os enfermeiros chefes tendem a valorizar as regras e os cuidados de enfermagem, os enfermeiros subordinados reconhecem maior competência técnico-científica da equipa de trabalho.



Os resultados encontrados, mostram-nos que os enfermeiros subordinados preferem enfermeiros chefes “treinadores”, com capacidades elevadas de orientação, ensino e motivação dos “jogadores” (subordinados). Não gostam do autoritarismo, preferindo a obediência através do estabelecimento de boas relações interpessoais com o chefe. Primam pela qualidade de prestação dos cuidados de enfermagem dentro de um bom ambiente de trabalho e não gostam de ver excluídas as suas opiniões nas de decisão que directamente lhes dizem respeito.

CAPÍTULO V

Conclusões do Estudo

5 - CONCLUSÕES DO ESTUDO

Em enfermagem, vários estudos têm sido desenvolvidos sobre a liderança, realçando os autores a sua pertinência para o desenvolvimento da profissão e do trabalho do enfermeiro nas suas diferentes áreas de intervenção. As conclusões apontam para uma liderança, na sua maioria, autoritária e autocrática (Lourenço, 2001), a qual, face ao actual contexto inovador das sociedades, já não faz sentido. A imagem do enfermeiro líder associada a um “general”, capaz de orientar as suas tropas com disciplina e vigor está obsoleta.

Este estudo de investigação, apresentado no âmbito da dissertação de mestrado em Gestão Pública, na Secção Autónoma de Ciência Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro, procurou conhecer o estilo de liderança do enfermeiro chefe que, ao nível hospitalar, permite obter níveis elevados de motivação dos enfermeiros seus subordinados. Partiu-se do pressuposto que existem factores motivacionais promotores da qualidade de desempenho dos enfermeiros subordinados e, conseqüentemente, da eficácia da liderança do enfermeiro chefe. O conhecimento destes factores, susceptíveis de aumentar o grau de motivação dos enfermeiros subordinados, poderá ajudar o enfermeiro chefe a desenvolver estratégias de motivação adequadas.

Trata-se de um estudo desenvolvido segundo uma abordagem mista (quantitativa e qualitativa), não experimental, descritivo, simples.

Ao longo do contexto teórico faz-se o enquadramento da profissão de enfermagem e do profissional (enfermeiro chefe) na organização hospitalar, focando a importância, as competências e as condições de acesso à categoria de enfermeiro chefe, de forma a perceber-se a estrutura orgânico-funcional na qual se move durante o exercício das suas funções como líder.

A abordagem ao tema da liderança foi iniciada com uma pequena resenha histórica do conceito, fazendo-se de seguida a distinção face ao conceito de gestão, poder, influência e autoridade. Desta forma foi possível delimitar e concretizar o conceito central deste trabalho - liderança.

A liderança foi seguidamente analisada sob várias perspectivas teóricas, partindo-se do pressuposto que o estilo de liderança característico do enfermeiro

chefe, ao nível hospitalar, resulta de um *mix* das competências teoricamente apresentadas para uma liderança eficaz.

A relação entre liderança e motivação foi apresentada através de resultados de estudos nacionais e internacionais neste âmbito. Destes estudos ressalta que, por um lado, existem aspectos da motivação dos enfermeiros subordinados fortemente afectados por variáveis da liderança, por outro, algumas consequências da liderança dos enfermeiros chefes fazem-se transparecer na motivação dos enfermeiros subordinados.

Foram ainda abordadas várias teorias da motivação com o intuito de identificar factores motivantes e desmotivante para os enfermeiros subordinados.

É importante salientar que os dados obtidos não são passíveis de serem generalizados, tendo havido a preocupação de “mostrar” e não de “demonstrar” pelo que, as limitações e as lacunas deste trabalho podem servir de base para a realização de trabalhos futuros.

Pelos resultados encontrados, os enfermeiros subordinados respondentes demonstraram a necessidade de emergirem enfermeiros chefes “treinadores”, com capacidades elevadas de orientação, ensino e motivação dos “jogadores” (subordinados). A análise dos dados revela uma fase de transição onde posição, título e autoridade mantêm ainda algum relevo no perfil de liderança do enfermeiro chefe mas estão nitidamente em declínio. O conceito de poder está a ser substituído pelo de respeito (pelas ideias e sentimentos dos subordinados), de promoção das boas relações interpessoais e valorização da qualidade de prestação de cuidados. Está a passar-se duma perspectiva de hierarquia e poder, para uma perspectiva de compreensão mútua e responsabilidade pela qualidade de desempenho, em que muitas vezes o próprio líder (enfermeiro chefe) “desce do seu trono” para colaborar na prestação directa de cuidados inerente às funções dos enfermeiros subordinados. Estão a substituir-se as “relações de trabalho subordinado” para “relações de parceria”.

No que concerne à motivação, os resultados sugerem que o perfil de liderança dos enfermeiros chefes estudados está focado em atitudes e comportamentos de promoção de um bom ambiente de trabalho (propício à motivação dos subordinados, desenvolvimento e prestação de cuidados

enfermagem de qualidade). Porém, mantém características autoritárias, como o é a exclusão da opinião dos subordinados nas tomadas de decisão, potencialmente indutoras de processos de desmotivação. Da análise dos factores motivantes e desmotivantes dos enfermeiros subordinados, conclui-se que os níveis elevados de motivação estão relacionados com o reconhecimento pelo desempenho, a estruturação do trabalho, a orientação e a colaboração com a equipa de trabalho. A recompensa não pode ser avaliada pois verificou-se que os enfermeiros chefes têm pouco ou nenhum poder para recompensarem os seus subordinados.

De uma forma geral e após uma cuidadosa análise dos resultados obtidos, este estudo permitiu:

1 - Obter uma caracterização geral dos enfermeiros chefes e dos enfermeiros subordinados questionados

Os enfermeiros chefes são predominantemente do sexo masculino (54,55%), com uma média de 49 anos de idade, todos são licenciados e especialistas, sendo que a especialidade mais frequente é a de reabilitação (5 dos 11 enfermeiros chefes respondentes). Existe um único caso em que o enfermeiro-chefe possui o grau de mestre. Possuem larga experiência profissional (27 anos de tempo médio de profissão); 10 anos de categoria e 7 anos de desempenho de funções no serviço actual.

Os enfermeiros subordinados são maioritariamente do sexo feminino (68,3), com faixa etária mais volumosa entre os 25 e 28 anos, sendo que a média é de 32 anos de idade. Têm uma média de 9 anos de experiência profissional, 5 anos na categoria e 6 anos de desempenho de funções no serviço actual. A maioria (72,7%) já tem vínculo à função pública. Quanto às habilitações académicas e profissionais, a maioria são licenciados (62,8%), dos quais 6% são pós-graduados e apenas 4,37% são especialistas. Relativamente à categoria profissional evidencia-se a graduação (56,8%).

2 – Identificar as atitudes e os comportamentos de liderança mais frequentes nos enfermeiros chefes:

- Estabelecimento de metas;
- Respeito pelas ideias e sentimentos pessoais dos subordinados
- Imparcialidade no tratamento dos subordinados
- Recurso ao poder de legitimidade
- Recurso ao poder de competência
- Prestação de orientações específicas à equipa
- Ajuda dos subordinados a crescerem e a desenvolverem-se
- Valorização das regras e procedimentos de enfermagem
- Resolução construtiva dos conflitos da equipa
- Colaboração no trabalho da equipa
- Definição de níveis de desempenho
- Valorização da qualidade de prestação de cuidados
- Valorização das relações interpessoais

3 - Identificar as atitudes e os comportamentos de liderança menos frequentes ou raras nos enfermeiros chefes:

- Alteração de rotinas do serviço;
- Partilha de ideias e sentimentos pessoais com os subordinados;
- Recurso ao poder de referência
- Recurso ao poder de recompensa
- Recurso ao poder coercivo
- Envolvimento dos subordinados nas tomadas de decisão

4 - Identificar os aspectos que mais motivam os enfermeiros subordinados:

- A satisfação profissional,
- A equipa de trabalho,
- A relação com os colegas,
- A comunicação de informações importantes,
- A satisfação dos utentes com os cuidados prestados,
- A possibilidade de traçar objectivos próprios,

- A variedade das tarefas,
- O interesse das tarefas;
- A utilização de experiências anteriores,
- O planeamento do trabalho,
- A responsabilização pessoal pelos resultados,
- A competência técnico-científica da equipa de trabalho,
- A existência de protocolos de actuação,
- A possibilidade de investir em formação e
- A abertura do chefe a novas propostas de actividades.

5 - Identificar os aspectos que mais desmotivam os enfermeiros subordinados:

- O ordenado;
- As condições físicas de trabalho;
- A possibilidade de progressão na carreira.

Neste estudo os resultados obtidos evidenciam ainda que:

► Os enfermeiros chefes aumentam os níveis de satisfação e motivação dos enfermeiros seus subordinados quando:

- os ajudam a crescer e a desenvolverem-se profissionalmente,
- partilham com eles ideias e sentimentos pessoais,
- respeitam as suas ideias e sentimentos pessoais e ajudam-nos nos seus problemas pessoais,
- preocupam-se com o seu bem-estar,
- valorizam as relações interpessoais,
- demonstram importância na definição de níveis de desempenho da equipa,
- facultam orientações específicas à equipa,
- valorizam a qualidade da prestação dos cuidados,
- utilizam as sugestões dos subordinados para tomarem decisões,
- têm uma visão catalizadora da sua motivação,
- possuem determinados traços que os favorecem na liderança.

Pelos resultados encontrados, é possível concluir que o perfil de liderança do enfermeiro chefe que, ao nível hospitalar, permite obter níveis elevados de motivação dos enfermeiros seus subordinados envolve a agregação de vários aspectos presentes nas teorias de liderança e motivação abordadas ao longo do contexto teórico. Reconhecer e motivar os subordinados parecem constituir as tarefas chave para o sucesso do enfermeiro chefe enquanto líder. Estas obrigam à utilização de um estilo de liderança proporcionador de oportunidades e encorajador da participação dos enfermeiros subordinados na formulação dos objectivos do serviço e até do próprio hospital. Este novo perfil de enfermeiro chefe afirma-se ainda pela preocupação de aconselhar, direccionar, definir objectivos e apoiar na sua prossecução, salvaguardando um espaço próprio para que os enfermeiros subordinados desenvolvam o seu trabalho com independência e autonomia, tratando-os com respeito e cordialidade. É ainda importante que o ambiente de trabalho seja saudável. Assim, são requisitos básicos o sabe ouvir os subordinados, saber elogiá-los e ser seguro, justo e imparcial. O enfermeiro líder fala clara e concretamente com os subordinados e sabe motivá-los para a superação constante dos objectivos definidos, ponderando as suas opiniões.

É verdade que não existem “super-homens” mas, através de um adequado aproveitamento dos pontos fortes e fracos de cada elemento constituinte de uma equipa de enfermagem, podem desenvolver-se “super- enfermeiros-chefes”!

Assim, em forma de súpula, elaborou-se um quadro resumo dos aspectos chave a que o enfermeiro chefe ao nível hospitalar, deve atender para uma liderança de qualidade:

Recomendações para o Sucesso do Enfermeiro-Chefe enquanto Líder

<i>Aspectos-chave a atender no exercício das funções de líder</i>	Modelos e Teorias de suporte
♦ Demonstrar forte orientação para o subordinado	Michigan University
♦ Valorizar a “estrutura inicial” e a “consideração”	Ohio State University
♦ Estabelecer uma relação de confiança com os subordinados	Modelo de Fiedler
♦ Explorar a motivação, as capacidades e as experiências anteriores dos subordinados	Teoria de Hersey e Blanchard
♦ Ajudar e apoiar para que as metas dos subordinados sejam compatíveis com os objectivos gerais da equipa de enfermagem e do hospital	Teoria caminho-objectivo
♦ Integrar os subordinados nos processos de decisão	Teoria Líder-participação
♦ Enfatizar o seu poder das competências especializadas	Teoria da influência-poder
♦ Utilizar estratégias de negociação e de recompensa tangíveis	Liderança transaccional
♦ Traçar objectivos atraentes, com forma, função, processo e propósito	Liderança visionária
♦ Valorizar as necessidades de auto-realização	Teoria das Necessidades de Maslow
♦ Investir nos factores motivacionais	Teoria dos dois factores de Herzberg
♦ Atribuir recompensas justas e equitativas	Teoria da equidade de Adams
♦ Estabelecer objectivos específicos aos subordinados	Teoria de Locke

Espera-se que este estudo possa contribuir para os enfermeiros com funções de liderança reflectirem acerca das suas práticas enquanto líderes, no sentido de as melhorarem. Seria ainda interessante que este trabalho servisse de caminho para futuras investigações nesta área no sentido de avaliar os resultados ao nível motivacional inerentes à implementação de estratégias de motivação inovadoras, flexíveis e adaptáveis aos contextos motivacionais dos enfermeiros subordinados.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografia

- ANDRÉ, Orlanda – **Liderança na função de chefia em enfermagem, que diagnóstico?**. "Nursing", Ano11, nº127, Novembro 1998.
- AIKEN, L. et al – **Nurses' reports on hospital care in five countries**. Health Affairs: nº20, 2001.
- ADAMSON, B. et al – **The impact of perceive medical dominance on the workplace satisfaction of Australian and British nurses**. Journal of Advanced Nursing: nº21, 1995.
- ARTHUR, David; THORNE, Sally – **Professional self- concept of nurses: a comparative study of four strata of nursing students in a Canadian University**. Nursing Education Today: nº18, 1998.
- ASANOME, Cleusa Rocha – **Liderança sem seguidores – um novo paradigma**. Tese de doutoramento, Universidade Federal de santa Catarina. Florianópolis, 2001.
- AZEVEDO, Cidália – **Integração do enfermeiro às unidades/serviços**. Divulgação, nº 38, 1996 (9-29).
- AZEVEDO, Carlos A. Moreira – **Metodologia Científica. Contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos**. Porto, 1994.
- AZEVEDO, Creuza da Silva – **Leadership and intersubjective processes in health public organization**. Ciência e Saúde Colectiva, nº7, 2002 (349-361).
- BARDIN, Laurence – **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Edição 70, 2004.
- BARROS, Aidil Jesus – **Fundamentos de Metodologia: um guia para a iniciação científica**. Lisboa, 1986.
- BENNIS, Warren – **Porque é que os líderes não conseguem liderar**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1994.
- BENNIS, Warren – **A formação do líder**. São Paulo: Atlas Editora, 1996.
- BERGAMINI, Cecília Whitaker – **Liderança: administração do sentido**. São Paulo: Atlas, 1993.
- BERGAMINI, Cecília Whitaker – **Motivação nas organizações**. São Paulo: Atlas, 1997.
- BILHIM, João Abreu de Faria – **Teoria organizacional: estruturas e pessoas**. Lisboa: Artes Gráficas, 1996.
- BLANCHARD, Kenneth; HERSEY, Paul – **Psicologia para Administradores**. São Paulo: EPU, 1986.
- BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari – **Investigação Qualitativa em Educação. Uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994.
- BRYMAN, Alan – **Qualitative research on leadership: a critical but appreciative review**. The Leadership Quarterly: nº15, 2004.
- BULMER, M. – **The uses of social research: Social investigations in public policy making**. Oxford: s.ed., 1982.
- CAMPOS, Ana Pereira; LOFF, Ana – **Gerir, Motivando** – "Sinais Vitais", nº 18, Maio de 1998.

CARDOSO, Luís – **Gestão Estratégica das Organizações: como vencer os desafios do séc XXI**. 4ª ed. Lisboa: Editorial Verbo, 1999

CARMO, Hermano et.al – **Metodologias de Investigação: guia para a auto-aprendizagem**. Lisboa: Universidade Aberta Editora, 1998.

CHIAVENATO, I – **Teoria Geral da Administração**. 5ª ed. São Paulo: Makron Books do Brasil editora, 1998.

CLARA, Arndt – **Administração em enfermagem**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1983.

CORDELLA, Benedito – **Segurança no Trabalho e Prevenção de Acidentes. Uma abordagem holística**. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

CORNIANI, F.; et al. – **Liderança e Comunicação: opinião dos enfermeiros responsáveis pelo serviço de enfermagem de um hospital governamental**. Revista Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo: São Paulo; nº34, 200 (p.347-353).

CUNHA, Miguel Pina; REGO, Arménio; CUNHA, Rita Campos; CARDOSO, Carlos Cabral – **Manual de comportamento organizacional e gestão**. Lisboa: Editora RH, 2003.

CUNHA, Rita Campos – **A gestão de recursos humanos na estratégia da empresa**. Instituto de Emprego e Formação Profissional. Lisboa: Colprinter, 1992.

CUSHWAY, Barry; LODGE, Derek – **Organizações, Planeamento e Comportamento**. Lisboa: Artes Gráficas, 1998.

DECI, E. et al – **Intrinsic Motivation and Self-determination in human Behaviour**. New York: Plenum, 1985.

Declaração de Alma-Ata, Saúde para todos no Ano 2000, Conferência Internacional sobre cuidados de saúde primários, 12 de Setembro de 1978, Alma-Ata.

DIAS, António Osvaldo Silva; ROCHA, Maria Lúcia – **Dinamizar através de uma liderança efectiva**. Revista “Informar”, nº0, Janeiro/Março de 1995.

DIAS, Carlos M. Melo – **A Liderança em Enfermagem. Estudo do líder, do liderado e da motivação**. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto, 2001

DONNER, Gail J.; et al – **New Strategies for Developing Leadership**. Nursing Leadership: volume 17, nº2, 2004.

DULUC, Alain – **Liderança e Confiança**. Lisboa: Gráfica Manuel Barbosa e Filhos, 2000.

ESTANQUEIRO, António – **Saber lidar com as pessoas**. 9ª Edição. Lisboa: Guide – Artes Gráficas, 2002.

FERNANDES, Denise; Dias, Cláudia – **Pesquisa e métodos científicos**. Brasília, 2000.

FERREIRA, J.M.Carvalho; et al. – **Psicossociologia das Organizações**. Alfragide: Editora Graw-Hill, 1998.

FERREIRA, Maria de Deus Rocha Furtado – **Liderança-Satisfação: problemática da chefia operacional de um hospital**. Açores. Dissertação de Mestrado em Gestão Pública, 2001.

FRANCO, Lynne Miller; et al – **Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework**. Social Science & Medicine: nº54, 2002.

FRENCH, Sue – **Challenges to Developing and Providing Nursing**. Leadership. Nursing Leadership: nº4, vol.17, 2004.

FORTIN, Marie Fabiene – **O processo de Investigação da Concepção à Realização**. Lisboa: Lusociência, 1996.

FURINI, Isabel F. – **Liderança com Sucesso**. São Paulo: Ibrasa, 1994.

GRAÇA, Luís – **Não basta ser chefe, é preciso saber sê-lo** - “Divulgação”, nº24, Outubro de 1992.

GRAÇA, Luís – **Trabalho em equipa, uma nova lógica de organização do trabalho e de participação da gestão**. Revista Portuguesa de Saúde pública. Lisboa, nº1:1992.

GRINDLE, M., S. – **Divergent cultures? When public organizations perform well in developing countries**. World development, 1997.

HAM, Chris – **Improving the performance of health services: the role of clinical leadership**. The Lancet: vol 361, 2003.

HELLER, Robert – **Como gerenciar equipes**. 3ª.ed. São Paulo: Publifolha, 2000.

HEYINK, J.W.; TYMSTRA, T.J. – **The function of qualitative research**. Social Indicators Research, nº29, 1993.

HERBERT, Rosemary; EDGAR, Linda – **Emotional Intelligence: a primal dimension of nursing leadership?** Nursing Leadership: nº4, vol.17, 2004.

HERSEY, Paul; BLANCHARD, Kenneth – **Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional**. São Paulo: EPU, 1986.

HIT, W.D. – **The model leader: a functioning person**. Jornal Leadership & Organization and Development. Bradford, 1993.

HUMPHRIS, D. – **Trabalho em equipa. a eliminação de barreiras**. Revista Nursing, nº14: 1988 (p.14-15).

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Anuário estatístico da Região Centro**. Lisboa, 1998.

JARDILLIER, P. – **O Factor Humano na Empresa**. Porto: Editora Rés, s.d

JEANS, Mary Ellen – **Shared Leadership for Nursing Research**. Nursing Leadership: nº1, vol.18, 2005.

JESUÍNO, Jorge Correia – **Processos de Liderança**. Lisboa: Livros Horizonte, 1996.

JOHNSTON, Robert; CLARK, Graham – **Administração de Operações de Serviço**. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

LASH, Sandra - **Convicções e comportamentos na educação da saúde**. Revista “Nursing”. Lisboa. Ano III, nº27, 1990 (p.46-48).

JORGE, I.C; SIMÕES, M.C. – **A qualidade de cuidados na perspectiva do utente**. Revista Servir; nº43:1995 (p.290-296).

LOENERT, Marcelo Augusto – **Motivação e Liderança: um trabalho em equipes nas organizações**. Campo Largo, s.d..

LEVINSON, D.J. – **The Seasons of a Man's Life**. New York: A.A. Knopf, 1978.

LOFF, Ana Margarida – **Relações interpessoais**. Revista Enfermagem em foco: Nº13, Ano IV, 1994.

LOPES, Noémia G.M. – **Da investigação à qualidade: as condicionantes contextuais**. Revista Enfermagem: nº6, 1995.

LOURENÇO, Maria Regina; TREVIZAN, Maria A. – **Líderes de Enfermagem Brasileira – sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da relação liderança e enfermagem**. Revista Latino-Americana de Enfermagem: nº9, 2001 (p.14-19).

LUCAS, João Filipe dos Santos – **Satisfação profissional dos profissionais de saúde: teorias e conceitos**. Revista de Saúde Pública. Lisboa, nº1, 1984 (p.63-68).

LU, Hong; e tal – **Job satisfaction among nurses: a literature review**. International Journal of Nursing Studies: nº42, 2005.

LUTHANS, Fred; HODGETTS, Richard M. – **International Management**. Singapore: Mcgraw-Hill International Editions, 1997.

KLEINMAN, Carol – **Hospital Topics**. Sarasota: Fall, 2004.

KANTER, R.M. – **Managing People and organizations**. Harvard Business School Publications, (s.d.).

KIESS, H.; BLOOMQUIST, D. – **Psychological Research Methods: a conceptual approach**. Boston: Allyn na Bacon, 1985.

KOERNER, B; et. al – **Professional behaviour in collaborative practice**. JONA, nº16: 1986.

KOTTER, John P. – **Power and Influence**. New York: Free Press, 1985.

KRON, T.; GRAY, A. – **Administração de cuidados de enfermagem ao paciente colocando em acção as qualidades de liderança**. Rio de Janeiro: Interlivros, 1989.

KURCGANT, Paulina – **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

MADUREIRA, Mário António Soares – **Introdução à Gestão**. Lisboa: Publicações D.Quixote, 1990.

MAGALHÃES, António; et al – **Liderança e Motivação**. Revista Sinais Vitais: nº55, 2004.

MARQUES, Fernando V. da Silva – **Liderança nas Organizações: implantação da TQM: algumas considerações**. Revista Portuguesa de Saúde Pública: vol.15, 1997.

MARQUIS, Bessie L. – **Administração e Liderança em Enfermagem**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, 1999.

MARRINER-TOMEY, A. – **Nursing Theorists and their work**. St. Louis: Mosby company, 2ª ed., 1989.

MARTINS, Pedro M. – **As Pessoas Fazem a Diferença/Qualidade de Vida e Desempenho**. Semanário Económico, (s.d).

MCNEESE – SMITH, Donna – **Hospital & Health Services Administration**. Chicago, Summer, 1996

MESQUITA, Angelina P.M. Guerra – **Influência da Liderança nas Organizações**. "Nursing, Ano 11, nº126, Outubro de 1998.veres dos Doentes. Lisboa: Edição Direcção Geral de Saúde, 1998.

MICHEL, S. – **Gestão das Motivações**. Porto: Editora Rés, 1990.

MINTZBERG, H. – **Managing de care of health and de cure of disease**. Montreal, 1994.

MONDY, R.W. et al. – **Management, Concepts, Practices and Skills**. Editora Allyn & Bacon, 1991.

MOTA, PR – **Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro: Editora Record, 1991.

MORAIS, A. – **Novo Dicionário compacto da língua portuguesa**. 10ª Edição. Lisboa: Livros Horizonte, 1980.

NANUS, Burnt – **Liderança Visionária**. Rio de Janeiro: Campus, 2000

NEVES, Augusto Lobato – **Motivação para o trabalho**. Lisboa: Editorial RH, 2002.

NOGUEIRA, M – **História da Enfermagem**. 2ª Edição. Porto: Salesianas, 1990

OLDCORN, Roger – **Iniciação à Gestão**. 2ª ed. Mem Martins: Edições Cetop, 1995. ISBN 972-641-330-3.

OLIVAN, Pilar Sancerni et tal – **Formacion continua da motivacion, interesses, necessidades**. Revista "Rol". Barcelona. Nº161, 1992 (p.58-63).

PARDAL, L.; CORREIA, E. – **Métodos e técnicas de investigação social**. Porto: Areal Editores, 1995.

PARKER, Glenn M. – **O poder das equipes: um guia prático para implementar equipes interfuncionais de alto desempenho**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1995.

PARREIRA, Artur – **Comunicação e Motivação**. 4ª Edição. Lisboa: Plátano Editores, 2000.

PAYNE, M. – **Working in teams**. Londres: Macmillan, 1982.

PEREIRA, Cristina Maria Ribeiro Martins – **A Motivação como factor essencial para o sucesso das empresas e o papel dos gestores nesse processo**. CESE em Administração Empresarial. Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Aveiro, 1998.

PEREIRA, Marta Cristiane Alves; FÁVERO, Neide – **A motivação no trabalho da equipe de enfermagem**. Revista Latino Americana: 2001 (p.7-12).

PEREIRA, Reinalda Blanco – **Perfil do empreendedor de sucesso no Oeste do Paraná**. Dissertação de Mestrado em Engenharia da Produção da Universidade Federal da Santa Catarina: Florianópolis, 2001.

PETERS, Tom – **Seminário de Tom Peters**. Lisboa: Bertrand, 3ª ed., 1995

PINHEIRO, M.F.R. – **Organizar a prestação de cuidados: uma função/desafio para o enfermeiro chefe**. Revista Servir: nº42, 1994 (p.319-331).

POLIT, D.; HUNGLER, B.P. – **Investigacion Científica en Ciências de La Salud**. México: Interamericana, 1994.

PRACANA, Clara – **O líder sedutor**. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2001.

QUEIROZ, Simone Hering – **Motivação para a qualidade sob o enfoque da liderança situacional**. Universidade Federal de Santa Catarina, s.d.

QUIVY, Raymond et al – **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Gradiva: Lisboa, 1992.

REGO, Arménio – **Liderança nas Organizações** – teoria e prática. Aveiro: Editorial da Universidade de Aveiro, 1998

RETO, Luís; LOPES, Albino – **Liderança e Carisma**. Editorial Minerva, 1991

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) Decreto Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1996.

REVANS, R.W. – **Standarts for morale: cause and effect in hospitales**. London: Oxford University Press, 1964.

RIBEIRO, L.F.; REBELO, M.T.; BASTO, M.L. – **O texto e o contexto nas tendências de Enfermagem**. Revista Portuguesa de Saúde Pública: 1996.

RIBEIRO, Rejane Maria Rosa – **Motivação dos Recursos Humanos em Bibliotecas Universitárias**. Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação: nº1, v.2, 2004

RIBEIRO, Rosa Maria da Silva – **O poder, a autoridade e a liderança de equipas** – Revista Nursing: Ano 10, nº111, Maio de 1997.

RIBEIRO, J. – **Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde**. Lisboa: Climepsi, 1999.

RICHARSON, R.J. – **Pesquisa Social, métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas Editores, 1989.

ROBINS, Stephen P. – **Comportamento Organizacional**. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1999.

ROCHA, Edinilson Rodrigues – **A motivação do Agente Penitenciário para o trabalho**. Curitiba, 2003.

ROWE, W.G. – **Creating Wealth in organizations: the role of strategic leadership**. The Academy of Management Executive: nº15, 2001.

ROXO, José reis dos Santos – **O enfermeiro e o hospital**. Revista Servir, nº37, 1989: 9-14

RUDIO, F.V. – **Introdução ao projecto de pesquisa científica**. São Paulo: Editora Vozes, 1986.

SCHOLTES, Peter – **O Manual do Líder: um guia para inspirar a sua equipa e gerenciar o fluxo de trabalho no dia a dia**. Rio de Janeiro: Editora Qualitymark, 1999.

SEO, Youngjoon; et al – **The determinants of Job satisfaction among hospital nurses: a model estimation in Korea**. USA: Elsevier Ltd, 2003.

SPENCER, L.M.; McCLELLAND, D.C.; SPENCER, S.G. – **Competency Assessment Methods: history and state of art**. Hay Mcber Research Press, 1994.

SIMÕES, Ana L.A.; FÁVERO, Neide – **O desafio da liderança para o enfermeiro**. Revista de Latino-Americana de Enfermagem: 2003 (p.567-573).

SIMPSON, William A. – **A motivação**. Lisboa: Editora Gradiva, 1993.

SRSIC-STOEHR, Kathleen; et al. – **Success Skills for the nurse Manager: Cultural debut and Sustainment**. Nurse Leader: Dezembro 2004.

STEERS, Richard M.; PORTER, Lyman W.; BIGLEY, Gregory A. – **Motivation and Leadership at Work**. New York: Mcgraw-Hill, 1996.

STONNER, James A.F. – **Administração**. Brasil: Prentice Hall, 1995.

TAYLOR, James; MACHADO, Maria de Lourdes – **Higher Education Leadership and Management: From Conflict To Interdependence Trough Strategic Planning**. Tertiary Education and Management, 2006.

TEIXEIRA, Sebastião – **Gestão das Organizações**. Alfragide: Mcgraw-hill, 1998.

THOMAS, Gordon – **Para o Desenvolvimento da Eficácia na Liderança**. Lisboa: Encontro Editora, 1998.

TOVEY, E.; ADAMS, A. – **The changing nature of nurses' jobsatisfaction: an exploration of sources of satisfaction in 1990s**. Journal of advanced Nursing: nº30, 1999.

TRACY, D. – **10 passos para o empowerment**. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

TREZIVAN, M.A. et al. – **Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem**. Revista Latino-Americana Enfermagem: nº6; 1998 (p.77-82).

TREZIVAN, M.A.; HIGA, Elza de Fátima Ribeiro – **Os estilos de liderança idealizados pelos enfermeiros**. Revista Latino-Americana Enfermagem: nº13, 2005.

TRUJILLO, Afonso Ferrari – **Metodologia da Ciência**. Rio de Janeiro: Editora Kennedy, 1974.

UPENIEKS, Valda V. – **The Health Care Manager**. U.S.: vol.22, 2003.

VERGARA, S.C. – **Gestão de Pessoas**. São Paulo: Editora Atlas, 2000.

WHITE, H. – Staff Nurse Empowerment and job Satisfaction. Master Thesis: University of Western; London, 1995.

WOFFORD, J.C., e tal – **A field study of a cognitive approach to understanding transformational and transactional leadership**. Leadership Quarterly: v.9, nº1, 1998

YUKL, G. – **Leadership in Organizations**. 3ª ed. New Jersey: Prentice Hall, 1994.

VERGARA, S.C. – **Gestão de pessoas**. São Paulo: Atlas editora, 2000.

Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Carreira de enfermagem, Ensino de Enfermagem. Lisboa: Vilis Editores, 1999.

Plano Nacional de Saúde, orientações estratégicas para 2004-2010. Direcção Geral de Saúde: Ministério da Saúde, 2003

Internet

WWW.ordenenfermeiros.pt/

WWW.sec.pt

http://ids-saude.uol.com.br/SaudeCidadania/ed_04/02_01.htm

<http://www.observaport.org/OPSS/Menus/Sistema/Sistema+de+saude/>

APÊNDICES



APÊNDICE I

Guião da Entrevista

Guião da Entrevista

Objectivos

- ♦ Conhecer a percepção dos enfermeiros-chefes sobre o conceito de líder eficaz;
- ♦ Conhecer características de liderança do enfermeiro chefe promotoras da motivação dos subordinados;

Características

♦ Entrevista semi-dirigida aos enfermeiros chefes dos serviços de oftalmologia, urgência, bloco operatório, cirurgia, ortopedia, ortotraumatologia, pneumologia, cirurgia, cardiologia, cuidados intensivos, doenças infecciosas, hematologia e consultas externas do HG do CHC, no período de Outubro a Novembro do ano 2005, a partir das 9 horas.

Procedimentos

- ♦ Informar os entrevistados relativamente às linhas gerais do estudo;
- ♦ Procurar reforçar que se pretendem obter informações sobre o que efectivamente pensam e sentem;
- ♦ Fazer o registo magnético da entrevista com prévia autorização do entrevistado;
- ♦ Assegurar a confidencialidade das informações fornecidas e garantir o tratamento em anonimato;
- ♦ Solicitar a colaboração, referindo a importância do seu contributo para a realização do estudo.

Aspectos a salvaguardar no final da entrevista

- ♦ Agradecer a participação no estudo.
- ♦ Pedir a colaboração para a validação da transcrição da entrevista e assegurar formas de o efectivar.

Entrevista Semi-Estruturada

Questão de Estudo	Questões Globais	Questões de Aprofundamento
Conhecer a percepção que o enfermeiro-chefe tem da sua liderança e seu impacto na motivação dos subordinados	Fale um pouco do seu percurso como enfermeiro - chefe.	<p>Alcançar essa categoria sempre esteve nos seus planos profissionais?</p> <p>Diga algumas palavras que associa à ideia de liderança</p> <p>Como descreve a liderança do seu serviço?</p>
	Descreva o seu papel	<p>O que pensa acerca das competências legais dos enfermeiros-chefes?</p> <p>O que é que o distingue dos restantes elementos da equipa?</p> <p>É frequente reunir com a equipa? Com que objectivos?</p> <p>Faculta à equipa que lidera normas, protocolos ou outros documentos que lhes facilitem o exercício das suas funções?</p> <p>É-lhe possível avaliar a qualidade do trabalho dos seus subordinados?</p>
	Descreva o ambiente de trabalho	<p>Caracterize a sua relação com os enfermeiros seus subordinados</p> <p>Caracterize a relação entre eles</p>

Data da entrevista ____/____/____

Local da entrevista _____

APÊNDICE II

Pedidos formais de autorização
para aplicação dos questionários

Exm^a. Senhora

Maria Gracinda Carreira Anastácio Junqueira

Rua Figueira da Foz nº 95

3100-370 POMBAL

Data:

Vossa Referência

Data:

Nossa Referência

06-12-2005

1532/Sec

Assunto: Pedido de aplicação de questionário intitulado no estudo “O impacto dos estilos de liderança dos Enfermeiros-Chefes na motivação dos seus subordinados”

Em resposta ao v/ofício mencionado no assunto em epígrafe e de acordo com o parecer da Comissão de Ética do Hospital Geral, o Conselho de Administração decidiu autorizar a aplicação do questionário no Hospital Geral.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de Coimbra


(Dr. Rui Pato)

CM

C/c Enfermeira Supervisora do Hospital Geral



FRANCISCO GENTIL

MINISTÉRIO DA SAÚDE
(I P O F G)
CENTRO REGIONAL DE ONCOLOGIA DE COIMBRA, S.A.
Av. Bissaya Barreto
Apartado 2005 - 3001-651 coimbra
Telefs. 239 400 200 - Fax 239 484 317

Exm^a Senhora
Enf^a Maria Gracinda Carreira
Anastácio Junqueira

Sua referência

Sua comunicação

Nossa referência

ASSUNTO: **PEDIDO DE APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO**
**- "O impacto dos estilos de liderança dos enfermeiros-
chefe na motivação dos seus subordinados"**

Roga-se o favor de
indicar na resposta
as referências supra

Em resposta ao V. ofício de 24 de Outubro de 2005, sobre
o assunto em epígrafe, informa-se V. Ex^a estar o pedido
de aplicação de questionário autorizado.

Mais se comunica que os resultados obtidos pela aplicação
dos questionários deverão ser disponibilizados ao Centro
Regional de Oncologia de Coimbra, SA.

Com os melhores cumprimentos.

PEL' O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
O PRESIDENTE

(Dr. Manuel António L. Silva)

Min.....

Dact..... D:\Os meus documentos\DIVERSOS\Enfermeira Directora\Enf.Soledade\Autorização de aplicação de
questionário - Enf^a Gracinda Junqueira.doc

Conf.....

APÊNDICE III

Grelha de Reflexão Falada

Quadro 3
Grelha de Reflexão Falada

Comportamentos Verbais	Comportamentos não verbais
O enfermeiro apresenta dúvidas quanto:	O enfermeiro evidencia expressão facial de:
Instruções? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Desagrado Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Quais? _____	Concordância <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	Dúvida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Significado das questões? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aborda o questionário de forma:
Pertinência das questões? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Curiosa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Necessidade de novas questões? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aborrecida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ordem das questões? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desinteressada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Tempo de duração de preenchimento _____ minutos.

APÊNDICE IV

Questionário dos Enfermeiros Chefes



UNIVERSIDADE DE AVEIRO
SECÇÃO AUTÓNOMA DE CIÊNCIAS SOCIAIS JURÍDICAS E POLÍTICAS
MESTRADO EM GESTÃO PÚBLICA

QUESTIONÁRIO

“O IMPACTO DOS ESTILOS DE LIDERANÇA DOS ENFERMEIROS-
CHEFE NA MOTIVAÇÃO DOS SEUS SUBORDINADOS”

Maria Gracinda Carreira Anastácio Junqueira

Prezado Enfermeiro-Chefe,

Este questionário faz parte de um estudo descritivo que está a ser realizado no âmbito do Mestrado em Gestão Pública, na Universidade de Aveiro, que tem como objectivo aprofundar o conhecimento sobre os estilos e competências dos enfermeiros-chefe e seu impacto sobre a motivação dos enfermeiros seus subordinados.

A sua colaboração é de grande importância para se avançar na compreensão desta temática. Assim, pede-se que responda a cada uma das etapas seguintes pela respectiva ordem.

Após o preenchimento do questionário, verifique se não deixou nenhuma questão por responder.

Será mantida a estrita confidencialidade dos dados.

Agradecida pela sua colaboração e atenção,

Aveiro, Novembro de 2005

Parte I – Caracterização do Profissional

Idade _____ anos **Sexo:** masculino ☐ feminino ☐ **Serviço** _____

Habilitações Académicas e Profissionais

Bacharelato em Enfermagem----- ☐

Licenciatura em Enfermagem----- ☐

Curso de Especialização em Enfermagem de _____

Pós-graduação em _____

Mestrado em _____

Doutoramento em _____

Categoria Profissional

Enf^o Especialista ☐ Enf^o Chefe ☐

Tempo de exercício profissional

Tempo de exercício Profissional _____ anos

Tempo na categoria Profissional _____ anos

Tempo de exercício no Serviço Actual _____ anos

Formação contínua

Assinale com uma X a frequência com que faz formação nas áreas mencionadas na seguinte grelha:

Área	M ^{to} frequente	Frequente	Regularmente	Raramente	Nunca
Liderança					
Motivação					
Gestão de conflitos					
Trabalho de equipa					
Comunicação					
Avaliação de desempenho					
Outra (especifique):					

Parte II – Estilo de Liderança

O quadro a seguir apresentado contém afirmações que descrevem alguns comportamentos e valores dos líderes.

Leia atentamente cada uma das afirmações e indique com uma X em que medida são válidas no seu caso.

Para isso, considere:

- (1) - aplica-se muito frequentemente
- (2) - aplica-se frequentemente
- (3) - aplica-se moderadamente
- (4) - aplica-se raramente
- (5) - não se aplica

Relativamente à sua função de chefe considera que:

1.	Estabelece metas com os subordinados.	(1) (2) (3) (4) (5)
2.	Aceita as práticas correntes de funcionamento do serviço.	(1) (2) (3) (4) (5)
3.	Ajuda os subordinados a crescer e a desenvolver.	(1) (2) (3) (4) (5)
4.	Compartilha ideias e sentimentos com os subordinados.	(1) (2) (3) (4) (5)
5.	Envolve os subordinados nas decisões que os afectam.	(1) (2) (3) (4) (5)
6.	Preocupa-se com o desenvolvimento pessoal de cada subordinado.	(1) (2) (3) (4) (5)
7.	Resolve construtivamente os conflitos da equipa.	(1) (2) (3) (4) (5)
8.	Colabora no trabalho em equipa.	(1) (2) (3) (4) (5)
9.	Valoriza as regras e os procedimentos dos cuidados de enfermagem.	(1) (2) (3) (4) (5)
10.	Sente que os subordinados o respeitam pela posição que ocupa no serviço.	(1) (2) (3) (4) (5)
11.	Sente que os subordinados o vêem como um modelo a seguir.	(1) (2) (3) (4) (5)
12.	Tem a possibilidade de recompensar ou punir directamente os seus subordinados.	(1) (2) (3) (4) (5)
13.	As suas ordens não cumpridas resultam em penalizações.	(1) (2) (3) (4) (5)
14.	A equipa que lidera, de um modo geral, empenha-se nas tarefas que lhes distribui.	(1) (2) (3) (4) (5)
15.	A equipa que lidera responde às suas solicitações sem entusiasmo.	(1) (2) (3) (4) (5)
16.	A equipa que lidera tende a resistir às suas solicitações.	(1) (2) (3) (4) (5)
17.	Sente, por vezes, a sua autoridade fragilizada pelo poder dos conhecimentos especializados que alguns elementos da equipa detêm.	(1) (2) (3) (4) (5)

18.	Possui determinados traços de personalidade que o favorecem na liderança da equipa.	(1) (2) (3) (4) (5)
19.	É importante definir níveis de desempenho da equipa.	(1) (2) (3) (4) (5)
20.	Respeita as ideias e sentimentos dos subordinados e ajuda-os nos seus problemas pessoais.	(1) (2) (3) (4) (5)
21.	Valoriza as relações interpessoais.	(1) (2) (3) (4) (5)
22.	Valoriza a qualidade da prestação dos cuidados.	(1) (2) (3) (4) (5)
23.	O seu comportamento como líder depende da equipa que lidera.	(1) (2) (3) (4) (5)
24.	O seu comportamento como líder depende da disposição que encontra nos subordinados para aceitarem as indicações que lhes dá.	(1) (2) (3) (4) (5)
25.	Não trata igualmente todos os seus subordinados.	(1) (2) (3) (4) (5)
26.	Tem um grupo de subordinados com o qual se relaciona melhor.	(1) (2) (3) (4) (5)
27.	Costuma facultar orientações específicas à equipa para que cumpram as regras e os procedimentos que estipula.	(1) (2) (3) (4) (5)
28.	Preocupa-o o bem-estar dos seus subordinados.	(1) (2) (3) (4) (5)
29.	Solicita, recebe e utiliza as sugestões dos subordinados para tomar decisões.	(1) (2) (3) (4) (5)
30.	Gosta de definir objectivos desafiantes para os subordinados, esperando que os atinjam ao mais alto nível.	(1) (2) (3) (4) (5)
31.	Toma as decisões sempre sozinho.	(1) (2) (3) (4) (5)
32.	Por vezes solicita informações aos seus subordinados mas decide sozinho.	(1) (2) (3) (4) (5)
33.	As decisões que toma são conjuntas e resultam de reuniões da equipa.	(1) (2) (3) (4) (5)
34.	Tem uma visão de futuro atraente para o serviço.	(1) (2) (3) (4) (5)
35.	Esta visão é catalizadora da motivação dos seus subordinados.	(1) (2) (3) (4) (5)

Agradecida pela sua colaboração,

Maria Gracinda Junqueira

APÊNDICE V

Questionário dos Enfermeiros Subordinados



UNIVERSIDADE DE AVEIRO

SECÇÃO AUTÓNOMA DE CIÊNCIAS SOCIAIS JURÍDICAS E POLÍTICAS

MESTRADO EM GESTÃO PÚBLICA

QUESTIONÁRIO

“O IMPACTO DOS ESTILOS DE LIDERANÇA DOS ENFERMEIROS-CHEFE NA
MOTIVAÇÃO DOS SEUS SUBORDINADOS”

Maria Gracinda Carreira Anastácio Junqueira

Prezado Enfermeiro,

Este questionário faz parte de um estudo descritivo que está a ser realizado no âmbito do Mestrado em Gestão Pública, na Universidade de Aveiro, e que tem como objectivo aprofundar o conhecimento sobre os estilos e competências de liderança dos enfermeiros-chefes e seu impacto sobre a motivação dos enfermeiros seus subordinados.

A sua colaboração é de grande importância para se avançar na compreensão desta temática. Assim, pede-se que responda a cada uma das etapas seguintes pela respectiva ordem.

Após o preenchimento do questionário, verifique se não deixou nenhuma questão por responder.

Será mantida a estrita confidencialidade dos dados.

Agradecida pela sua colaboração e atenção,

Aveiro, Novembro de 2005

Parte I – Caracterização do Profissional

Idade _____ anos **Sexo:** masculino ☐ feminino ☐ **Serviço** _____

Habilitações Académicas e Profissionais

Bacharelato em Enfermagem----- ☐

Licenciatura em Enfermagem----- ☐

Curso de Especialização em Enfermagem de _____

Pós-graduação em _____

Mestrado em _____

Doutoramento em _____

Categoria Profissional

Enf^o Especialista ☐

Enf^o Graduado ☐

Enf^o ☐

Tempo de exercício

Tempo de exercício Profissional _____ anos

Tempo na categoria Profissional _____ anos

Tempo de exercício no Serviço Actual _____ anos

Tem vínculo à função pública? Sim ☐ Não ☐

Parte II – Estilo de Liderança

O quadro a seguir apresentado contém afirmações que descrevem alguns comportamentos e valores dos líderes.

Leia atentamente cada uma das afirmações e indique com uma X em que medida as considera válidas no caso do seu chefe.

Para isso, considere:

- (1) - aplica-se muito frequentemente
- (2) - aplica-se frequentemente
- (3) - aplica-se moderadamente
- (4) - aplica-se raramente
- (5) - não se aplica

Relativamente à função do seu chefe considera que este:

1.	Estabelece metas com os subordinados.	(1) (2) (3) (4) (5)
2.	Aceita as práticas correntes de funcionamento do serviço.	(1) (2) (3) (4) (5)
3.	Ajuda os subordinados a crescer e a desenvolver.	(1) (2) (3) (4) (5)
4.	Compartilha ideias e sentimentos pessoais com os subordinados.	(1) (2) (3) (4) (5)
5.	Envolve os subordinados nas decisões que os afectam.	(1) (2) (3) (4) (5)
6.	Preocupa-se com o desenvolvimento pessoal de cada subordinado.	(1) (2) (3) (4) (5)
7.	Resolve construtivamente os conflitos da equipa.	(1) (2) (3) (4) (5)
8.	Colabora no trabalho em equipa.	(1) (2) (3) (4) (5)
9.	Valoriza as regras e os procedimentos dos cuidados de enfermagem.	(1) (2) (3) (4) (5)
10.	Sente que os subordinados o respeitam pela posição que ocupa no serviço.	(1) (2) (3) (4) (5)
11.	Sente que os subordinados o vêem como um modelo a seguir.	(1) (2) (3) (4) (5)
12.	Tem a possibilidade de recompensar ou punir directamente os seus subordinados.	(1) (2) (3) (4) (5)
13.	Penaliza as suas ordens não cumpridas.	(1) (2) (3) (4) (5)
14.	Tem da equipa que lidera, de um modo geral, empenhamento nas tarefas que lhe distribui.	(1) (2) (3) (4) (5)
15.	Tem da equipa que lidera falta de entusiasmo na resposta às suas solicitações.	(1) (2) (3) (4) (5)
16.	Sente da equipa que lidera resistência às suas solicitações.	(1) (2) (3) (4) (5)

17.	Sente, por vezes, a sua autoridade fragilizada pelo poder dos conhecimentos especializados que alguns elementos da equipa detêm.	(1) (2) (3) (4) (5)
18.	Possui determinados traços de personalidade que o favorecem na liderança da equipa.	(1) (2) (3) (4) (5)
19.	Demonstra importância na definição de níveis de desempenho da equipa.	(1) (2) (3) (4) (5)
20.	Respeita as ideias e sentimentos dos subordinados e ajuda-os nos seus problemas pessoais.	(1) (2) (3) (4) (5)
21.	Valoriza as relações interpessoais.	(1) (2) (3) (4) (5)
22.	Valoriza a qualidade da prestação dos cuidados.	(1) (2) (3) (4) (5)
23.	Atribui o seu comportamento como líder à equipa que lidera.	(1) (2) (3) (4) (5)
24.	Atribui o seu comportamento como líder à disposição que encontra nos subordinados para aceitarem as indicações que lhes dá.	(1) (2) (3) (4) (5)
25.	Não trata igualmente todos os seus subordinados.	(1) (2) (3) (4) (5)
26.	Tem um grupo de subordinados com o qual se relaciona melhor.	(1) (2) (3) (4) (5)
27.	Costuma facultar orientações específicas à equipa para que cumpram as regras e os procedimentos que estipula.	(1) (2) (3) (4) (5)
28.	Preocupa-se com o bem-estar dos seus subordinados.	(1) (2) (3) (4) (5)
29.	Solicita, recebe e utiliza as sugestões dos subordinados para tomar decisões.	(1) (2) (3) (4) (5)
30.	Gosta de definir objectivos desafiantes para os subordinados, esperando que os atinjam ao mais alto nível.	(1) (2) (3) (4) (5)
31.	Toma as decisões sempre sozinho.	(1) (2) (3) (4) (5)
32.	Por vezes solicita informações aos seus subordinados mas decide sozinho.	(1) (2) (3) (4) (5)
33.	Toma decisões conjuntas resultantes de reuniões da equipa.	(1) (2) (3) (4) (5)
34.	Tem uma visão de futuro atraente para o serviço.	(1) (2) (3) (4) (5)
35.	Tem uma visão catalizadora da motivação dos seus subordinados.	(1) (2) (3) (4) (5)

Parte III – Motivação no serviço

No quadro a seguir apresentado, assinale com uma x a opção que mais corresponde à sua opinião, relativamente ao serviço onde trabalha neste momento.

Para isso, considere:

- (1) – é muito motivante
- (2) – é motivante
- (3) – não motiva nem desmotiva
- (4) – é desmotivante
- (5) – é muito desmotivante

1.	O ordenado	(1) (2) (3) (4) (5)
2.	O horário	(1) (2) (3) (4) (5)
3.	As condições físicas de trabalho	(1) (2) (3) (4) (5)
4.	A satisfação profissional	(1) (2) (3) (4) (5)
5.	O equipamento tecnológico	(1) (2) (3) (4) (5)
6.	A equipa de trabalho	(1) (2) (3) (4) (5)
7.	As qualidades da chefia	(1) (2) (3) (4) (5)
8.	O reconhecimento pelo desempenho	(1) (2) (3) (4) (5)
9.	A relação com a chefia	(1) (2) (3) (4) (5)
10.	A relação com os colegas	(1) (2) (3) (4) (5)
11.	A imparcialidade no tratamento pelo(a) chefe	(1) (2) (3) (4) (5)
12.	A comunicação de informações importantes	(1) (2) (3) (4) (5)
13.	A atribuição de objectivos precisos	(1) (2) (3) (4) (5)
14.	O feedback relativamente ao desempenho	(1) (2) (3) (4) (5)
15.	A satisfação dos utentes com os cuidados que presta	(1) (2) (3) (4) (5)
16.	A possibilidade de traçar objectivos próprios	(1) (2) (3) (4) (5)
17.	A possibilidade de progressão na carreira	(1) (2) (3) (4) (5)
18.	A variedade das tarefas	(1) (2) (3) (4) (5)
19.	O interesse das tarefas	(1) (2) (3) (4) (5)
20.	O poder ou autoridade que efectivamente detém no exercício das suas funções	(1) (2) (3) (4) (5)
21.	A possibilidade de aplicar experiências anteriores	(1) (2) (3) (4) (5)
22.	A possibilidade de planear o trabalho	(1) (2) (3) (4) (5)
23.	A consideração em que é tido pelos seus superiores hierárquicos	(1) (2) (3) (4) (5)
24.	A responsabilização pessoal pelos resultados	(1) (2) (3) (4) (5)
25.	A competência técnico-científica da equipa de trabalho	(1) (2) (3) (4) (5)

26.	A existência de protocolos de actuação	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27.	A possibilidade de participar na gestão do serviço	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28.	A possibilidade de investir em formação	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29.	A orientação técnica por parte do chefe	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30.	Abertura do chefe a novas propostas de actividades	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Grata pela sua colaboração,

Maria Gracinda Junqueira

Serviços do CHC

1. Bloco operatório
2. Cardiologia
3. CirurgiaI
4. CirurgiaII
5. Cirurgia torácica
6. Consultas externas
7. Cuidados intensivos
8. Diálise/nefrologia
9. Esterilização
10. Gastroenterologia
11. hematologia
12. Hospital-dia-diabetes
13. Hospital-dia-infecciosas
14. Hospital-dia-quimioterapia
15. Infecciosas
16. Medicina
17. Neurocirurgia
18. Neurologia
19. Pneumologia
20. Oftalmologia
21. Ortopedia
22. Ortopedia
23. Otorrinolaringologia
24. Urgência-64
25. Urologia

Serviços do IPO

Internamento de Oncologia – 36

Internamento de cirurgia – 30

Internamento de Urologia – 26

Internamento de cabeça e pescoço – 27

Internamento de Ginecologia – 12

Unidade de cuidados intermédios – 15

Cuidados paliativos – 18

Hospital Dia – 9

Bloco operatório - 21

APÊNDICE VI

Transcrição da Entrevista nº4

Entrevista nº4

Sra enfermeira, eu gostava que me falasse um pouco do seu percurso como enfermeira chefe.

Já tenho alguns anos de profissão e sempre gostei da gestão dos serviços de enfermagem. Já alguns anos atrás fiz parte da direcção de enfermagem. Portanto isso também me motivou de alguma maneira a gostar da administração dos serviços.

Quantos anos esteve na administração?

Três anos (há cerca de seis anos atrás). Portanto quando depois tirei a especialidade fiquei logo a coordenar o serviço com a enfermeira chefe da cirurgia e a partir daí tive sempre funções de coordenação do serviço, de maneira a que sempre foi uma área que me motivou. E daí que concorri depois ao concurso de enfermeira-chefe a outro hospital, onde também entrei mas prescindi porque não era uma realidade que eu gostasse muito. Entretanto concorri aqui ao IPO e fiquei nos lugares. Portanto, de há um ano a esta parte que estou efectivamente como chefe do serviço.

Ficou a chefiar um serviço onde já desempenhava funções?

Exactamente. Funções de coordenação do serviço.

Portanto, era enfermeira na equipa cujos elementos são agora seus subordinados?

Sim. Eu já cá estava e fiquei.

Essa mudança de papel na equipa (enfermeira especialista para chefe de serviço) nunca lhe trouxe nenhum problema, nenhum conflito?

Não, conflitos em termos de relações não. As pessoas também se vão afirmando por aquilo que são e, o papel que eu tenho vindo a desempenhar é o mesmo que eu tenho vindo a desempenhar ao longo dos últimos anos. A enfermeira que estava a chefiar, há alguns anos que já tinha assim um papel menos evidente e as coisas foram-se processando, de alguma forma no sentido de eu a vir a substituir. Eu estava com ela, quer dizer, a gestão do serviço passava muito por mim, em termos de horários, etc. Muita coisa era eu já que fazia e, portanto, as pessoas de algum modo foram aceitando esta posição já de algum tempo a esta parte, sem ser com a tomada efectiva de posse como chefe de serviço. Eu já era responsável do serviço, portanto, nunca tive desse tipo de problemas.

Então e, se eu lhe perguntasse algumas palavras associadas ao conceito de liderança, o que é que imediatamente me diria?

Na liderança deve estar uma pessoa que tenha esse cariz e essa personalidade para conduzir determinadas pessoas a atingir um determinado objectivo e, acima de tudo, acho que deve ter

muita compreensão de quem está a liderar as equipas. Além de ter que se aceite pelas pessoas que está a coordenar, também deve ter uma personalidade e cariz adequado a essa função. Portanto, pode haver um líder na equipa que não seja um chefe.

Acho que a liderança tem muito haver com a personalidade da pessoa, com o facto de gostar de liderar as equipas.

E o que é para si liderar uma equipa de enfermagem?

Acima de tudo é motivar as pessoas para... Para os objectivos não só da instituição, como para os projectos que o serviço tem, para que haja um caminho contínuo e positivo da equipa de enfermagem.

E como é que caracteriza a liderança do seu serviço?

Acho que é uma liderança mais democrática. Ou seja, não é uma liderança com uma imposição muito evidente. As pessoas, em reuniões de serviço, têm a oportunidade de se manifestar. Se chegam a um consenso que eu acho que até se pode caminhar por esse percurso, avança-se por aí. Se não se chega a consenso nenhum, tenho que ser eu a tomar à posição e, às vezes há situações em que tenho que ser eu a definir o caminho.

Portanto, considera que tem uma postura mista entre o democrático e o autocrático?

É, tem que ser. Para já não é fácil liderar muita gente. Somos muitos na equipa e, por vezes há pessoas que conseguem dominar determinadas situações que não são as melhores. É preciso depois haver ali um ponto de situação que tem que ser o chefe da equipa a tomar.

É frequente reunir com a sua equipa?

Sim. Temos uma reunião de enfermagem mensal. Para além disso, sempre que há determinadas situações em que é necessário corrigir, falo com as pessoas, os enfermeiros individual e oportunamente. Quando há alguma coisa, mesmo em termos técnicos, ou que tenha acontecido no serviço, ou que eu veja no momento que aquilo não está bem assim, nesse dia eu falo com a pessoa em causa. É evidente que individualizadamente falamos sobre aquela situação que ocorreu e sobre a melhor maneira de se ultrapassar os problemas.

Então quais são os objectivos das reuniões?

São vários. As reuniões são programadas no final do ano para o ano seguinte. Normalmente no início de Janeiro são agendadas as reuniões para o ano e tudo depende da pertinência dos temas que há.

E o que pensa relativamente às competências legais dos enfermeiros chefe?

Na carreira há situações em que o enfermeiro chefe tem limites para fazer ou actuar em termos de equipa. Às vezes é preciso um bocado mais além.

Lembra-se de alguma situação específica?

Acho que agora com estas novas modalidades de gestão, há situações que não é só o enfermeiro-chefe que tem que as resolver, é o director de serviço. Nós somos SA e as coisas passam também muito pela direcção do serviço e a direcção do serviço é o director de serviço, não é o enfermeiro-chefe. Há situações, nomeadamente nas avaliações das auxiliares, em que, embora sejam os enfermeiros chefe a fazer essa parte burocrática e a parte mais pesada, a parte final é com eles. Portanto, acho que isso não está correcto. Somos nós que avaliamos o pessoal pelo que não tem que ser uma pessoa que não está cá diariamente, que muitas vezes até nem conhece o pessoal que tem ao serviço, que vem depois querer saber o que é que se passou ou porque é que uma situação é diferente da outra. Aí eu acho que o enfermeiro-chefe devia ser mais soberano nessas situações, assim como no planeamento dos objectivos do serviço. Nós temos objectivos de enfermagem mas que têm que culminar com os objectivos que o director de serviço assim os deferiu para esse ano e, portanto, há situações em que nós temos que conciliar muito bem toda esta problemática e aí o soberano não é o enfermeiro-chefe mas sim o director do serviço.

Portanto sente-se, por vezes, limitada nas suas funções devido ao poder soberano do director do serviço?

Sim, acho que deveria ter mais alguma autonomia, em termos de enfermagem.

O que é que lhe parece que a distingue dos restantes elementos da equipa?

Acho que, para além da categoria, o ter mais experiência que muitos dos elementos que cá estão, é o saber adquirido. Nota-se que em muitas situações as pessoas vêm ter comigo para pedir uma opinião e eles sabem que muitas vezes não tomam determinadas atitudes sem eu dar essa informação porque depois a responsabilidade se alguma coisa acontecer é minha, em termos da relação enfermeiro/médico. Muitas vezes temos de tomar algumas decisões, eles não estão e eu sei até aonde é que posso ir, dependendo do cirurgião da doente. Portanto, eles nunca tomam essa iniciativa sem me consultarem. Depois, em determinadas situações, determinados problemas em que as pessoas têm abertura e confiam para desabafar.

Considera-se um ponto de referência técnico-científico e emocional.

Sim. A nível emocional, as pessoas sabem quando precisam de alguma coisa podem contar. Só e de todo não for possível é que não se consegue ir de encontro aquilo que se pretende. Acho muito importante valorizar as necessidades pessoais de cada um e motivar também as pessoas. Muitas das vezes não é só para "lhes dar na cabeça" (porque é preciso, às vezes) mas também quando se faz alguma coisa e é reconhecido, deve dar-se esse feed back. Portanto lhes é dito que nesta ou naquela situação, aquilo que fizeram foi valorizado. Essa informação, que quando se faz e faz bem, também deve ser dada. São importantes os feed backs quer positivos, quer negativos.

Faculta à equipa normas, protocolos ou outros documentos que lhes facilitem o exercício das suas funções?

Nós temos um dossier com normas e protocolos de actuação em termos de enfermagem, aqui da cirurgia. Isso está tudo identificado em pastas, eles sabem, quando têm alguma dificuldade recorrem aos dossiers ou perguntam-me, quando não podem consultar o dossier. Esses documentos são de fácil acesso. Estão no gabinete, devidamente identificados e toda a gente sabe onde está e o que tem no serviço, mesmo os elementos recém chegados ao serviço.

Consegue avaliar a qualidade de prestação de cuidados de cada um dos seus elementos?

Não sei se terei dados tão objectivos quanto isso, em termos de mensuração. De qualquer das maneiras, no dia a dia vou avaliando e conheço as pessoas que cá trabalham. De alguma forma em termos práticos vou avaliando diariamente. Em termos teóricos, em termos de notas de evolução, de vez em quando faço auditorias aos processos e, nessas situações, quando há alguma coisa que não está tão bem, chamo a atenção do enfermeiro que eu auditei. Tento ter uma relação de diálogo e abertura com eles.

Como é que caracteriza, então, a relação com os seus subordinados?

É uma relação mais ou menos aberta. Pode não ser para alguns deles mas isso, somos todos diferentes e cada um tem a sua personalidade. Mas...acho que é uma relação de abertura em relação à equipa do serviço. Portanto, com os mais novos têm uma relação não tão estreita, em relação aos outros que já cá estão há mas tempo e que também já me conhecem há alguns anos. Acho que é uma relação mais de abertura. Embora hajam determinados limites que eu às vezes tenho que impor. Sou um bocado exigente em determinados aspectos e tenho que impor limites mas, há parte destas situações acho que há uma relação perfeitamente equilibrada entre uns e outros.

Atribui esse pequeno desequilíbrio ao factor tempo?

Há uma relação que se mantém com aqueles que já cá estavam na minha altura de maior proximidade, as pessoas trabalharam em conjunto. Essa relação vai ser sempre diferente das pessoas que estão cá há menos tempo e que já me conheceram numa fase de coordenação do serviço.

E entre eles, como é que caracteriza a sua relação.

Têm uma boa relação, fazem um trabalho de equipa, acho que se ajudam bastante entre eles, acho que é uma equipa jovem bastante motivada. É uma relação bastante boa.

“É uma equipa bastante motivada”. Nesta área da motivação entra de alguma forma o enfermeiro chefe?

É o pivot da motivação da equipa, através do diálogo que estabelece com as pessoas, através dos feed-backs positivos e negativos, num trabalho de grupo, nas notas de evolução. Não há nada escondido, as pessoas sabem com o que é que podem contar, sendo importante a relação de abertura entre mim e eles e isso também os motiva.

Considera que esses trabalhos de equipa e de formação também os motiva?

Sim porque, quando são agendadas as acções de formação para o ano é-lhes solicitado que elaborem temas que gostassem de ver tratados. São as próprias pessoas que se organizam com os temas propostos e tento que a maior parte deles se empenham.

208586
30-11-06